

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 19⁶⁷

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

N°
610

L I G U O R Y Claude
Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 30 Novembre 1934, à P A R I S

Présentée et soutenue publiquement le 19⁶⁷

ETUDE ANATOMIQUE ET RADIOLOGIQUE DE 28 CAS DE
COLITE ULCEREUSE

ESSAI DE CONFRONTATION RADIOLOGIQUE ET
ANATOMIQUE

Président : M. M. CONTE

, Professeur

CABINET S. GATINEAU

7, Rue du Cardinal Mercier - PARIS 9^e
Tél. 744-30-35

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 19⁶⁷

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

L I G U O R Y Claude
Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 30 Novembre 1934, à P A R I S

Présentée et soutenue publiquement le 19

ETUDE ANATOMIQUE ET RADIOLOGIQUE DE 28 CAS DE
COLITE ULCEREUSE

ESSAI DE CONFRONTATION RADIOLOGIQUE ET
ANATOMIQUE

Président : M. M. CONTE

, Professeur

CABINET S. GATINEAU

7, Rue du Cardinal Mercier - PARIS 9^e
Tél. 744-30-35

ETUDE ANATOMIQUE ET RADIOLOGIQUE

de 28 cas de COLITE ULCEREUSE

ESSAI DE CONFRONTATION RADIOLOGIQUE ET ANATOMIQUE

Travail du C.H.U. SAINT-ANTOINE,

Services du Professeur M. CONTE et du Professeur E. CHERIGIÉ¹

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud, Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Levy, Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulounguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit Dutailis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tano n (L.), Verne (J.).

DOYEN { Georges BROUET.
1^{er} ASSESSEUR. { Daniel BARGETON
2^e ASSESSEUR. { Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	MM
Anatomie et cytologie pathologiques.	DELMAS (A.)
Anesthésiologie	DELARUE (J.)
Bactériologie et virologie.	HUARD
Biochimie médicale	VOURC' H (G.)
—	TOURNIER (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	JAYLE (M.-F.)
Biologie médicale	DESGREZ
Biophysique médicale	MALMEJAC (J.)
—	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BUGNARD (L.)
Chimie pathologique.	DOGNON (A.)
Embryologie	DJOURNO (A.)
Génétique fondamentale	DENOIX (P.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	SCHAPIRA (G.)
Histologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	LEJEUNE (J.)
Médecine du Travail.	COURY (Ch.)
Médecine légale	COUJAND
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	BOYER (J.)
Parasitologie.	DESOLLE (H.)
Pathologie chirurgicale.	DEROBERT (L.)
—	FASQUELLE (R.)
—	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	KUSS (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	VERNE (J.-M.)
Pathologie médicale	BRUMPT (L.C.)
—	MERKLEN (F.-P.)
—	LAROCHE (Cl.)
Pathologie respiratoire.	BRICAIRE (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	PÉQUIGNOT (H.)
Pharmacologie.	TURIAF (J.)
—	MAURICE
Physiologie	LECHAT
—	BOISSIER
Physiologie et pathologie obstétricales.	BARGETON (D.)
Radiologie médicale	PARROT (J.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEPAGE (F.)
Thérapeutique	DESGREZ (H.)
Thérapeutique appliquée.	CAUCHOIX (J.)
	CONTE (M.)
	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie.	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Histologie	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie.	COUJARD (R.)
Pathologie expérimentale.	LARIVIÈRE (M.)
Physiologie	LOEPER (J.)
Physique médicale.	RICHT (G.)
Radiologie médicale	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
	ROUCAYROL
	TUBIANA (M.)
	FISCHGOLD (H.)

2) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
— — — — —	N...
Cliniques chirurgicales	LEGER (L.)
— — — — —	PATEL (J.)
— — — — —	GOSSET (J.)
— — — — —	SICARD (A.)
— — — — —	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
— — — — —	DEPARIS (M.)
— — — — —	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales	CONTE (M.)
— — — — —	BARIÉTY (M.)
— — — — —	SÈZE (S. de)
— — — — —	DREYFUS (G.)
— — — — —	KOURILSKY (R.)
— — — — —	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
— — — — —	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — — — — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — — — — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — — — — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — — — — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — — — — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	{	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	{	GIBERTON (A.)
	{	BASTIN (R.)
	{	AZERAD (E.)
	{	BOUR (H.)
	{	CAROLI
	{	DREYFUS (B.)
	{	GROSSIORD (A.)
Médecine	{	LAMBLING (A.)
	{	LAUNAY (Cl.)
	{	PAYET (M.)
	{	PERRAULT (M.)
	{	SIGUIER (F.)
	{	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	{	LE BEAU (J.)
Neurologie.	{	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	{	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	{	MADURO (R.)
Pédiatrie.	{	POLONOVSKI (Cl.)
	{	ROYER P.)
Pneumo-Phtisiologie.	{	KREIS (B.)
Rhumatologie	{	MEYER (A.)
	{	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE			
	MM.	MM.	
Anatomie pathologique.	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie. BILSKI-PASQUIER (G.)	
Anesthésiologie. . . .	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses. . DUPONT (V.)	
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Pédiatrie ROSSIER	
			COURSAGET (J.)
Biochimie médicale. . . {	GARTIER (P.)	Physique médicale . . . {	GREMY (F.)
	GONNARD (P.)	Physiologie.	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale. . . .	HARTMANN (L.)	Stomatologie.	CHAPUT (Mme) A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.)	Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale.	RUDLER (J.)	Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Statistique médicale et épidémiologique {	SCHWARTZ (D.)
	MORICARD (R.)
Secrétaire général de la Faculté. . . .	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque.	
Conservateur du Musée d'Histoire de la	
Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
	LE NOIR (G.),
Bibliothécaires.	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Mlles DUROZOY (M.F.-), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549002_0016

- A mon Père, à ma Mère,

- A ma Femme, à ma Fille, à mon Fils,

- A tous les miens.

- A mon Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Michel CONTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,

Professeur de Clinique médicale.

qui m'a fait l'honneur de me
proposer ce travail et m'a
guidé pas à pas dans sa
réalisation,

En témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon
respectueux attachement.

- Aux Professeurs J. CAROLI et E. CHERIGIÉ¹

qui m'ont ouvert les portes de leurs
services et m'ont confié leurs documents.

- Au Professeur Agrégé J. LOYGUE

qui a opéré nos malades et que je remercie
pour son accueil chaleureux.

- Aux Docteurs JOURDE et BOUSKELA

qui ont revu les documents radiologiques
et m'ont fait profiter de leur grande
expérience ; ce travail leur doit beaucoup.

- Au Docteur J. CONTE-MARTI

qui a revu tous les documents histo-patholo-
giques et a largement contribué à la réalisation
de ce travail.

- A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

EXTERNAT :

- Monsieur le Professeur J. GOSSET
- Monsieur le Docteur J. MOUSSOIR
- Monsieur le Docteur F. LAYANI
- Monsieur le Docteur P. HILLEMAND
- Monsieur le Docteur P. BLANCHON
- Monsieur le Professeur J. DECOURT
- Monsieur le Professeur H. BROCARD
- Monsieur le Docteur R. ANDRE
- Monsieur le Docteur P. ROUQUES

INTERNAT DES HOPITAUX PRIVES :

- Monsieur le Docteur R. DEUIL

INTERNAT :

- Monsieur le Docteur ANTONELLI
- Monsieur le Docteur J. SALLET
- Monsieur le Docteur G. ALBOT
- Monsieur le Professeur M. CONTE
- Monsieur le Professeur L. JUSTIN-BESANÇON
- Monsieur le Docteur BOURDON.

A

- Monsieur le Docteur B. DREYFUS
- Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT
- Monsieur le Docteur M. GRAVAUX
- Monsieur le Docteur J.-L. DE GENNES

Médecins des Hôpitaux de Paris

A

- Monsieur le Docteur J.-P. ETIENNE
- Monsieur le Docteur P. FOUST
- Monsieur le Docteur J. ROGÉ
- Monsieur le Docteur V. BISMUTH

Professeurs Agrégés à la Faculté.

A

- Monsieur le Docteur J. HERNE
- Monsieur le Docteur J. PERRIN
- Monsieur le Docteur J. BOISSON
- Monsieur le Docteur J. LUNEL
- Monsieur le Docteur J. MALVEZIN

Médecins-Assistants des Hôpitaux de
Paris.

A

- Monsieur le Docteur B. MUNDLER
- Monsieur le Docteur H. PUTECH

Médecins-Assistants de l'Hôpital
Saint-Joseph.

- I N T R O D U C T I O N -
=====

- C H O I X D E S M A L A D E S -

ANALYSE DES OBSERVATIONS

E T U D E R A D I O L O G I Q U E

- - - - -

A - EXPLORATION BARYTÉE

I - Le lavement baryté est possible même pour les C.U. graves à condition d'avoir éliminé un syndrome péritonéal (perforation colique comme dans l'observation n° 26), ou un syndrome de dilatation aiguë du colon, que nous avons rencontré à deux reprises (obs. n° 9 et n° 24). Des auteurs américains ont cependant rapporté des aggravations après lavement baryté et plusieurs malades nous ont dit avoir été, en effet, passagèrement aggravés et avoir souffert pendant et après l'examen.

Au moindre doute clinique, des radiographies de l'abdomen sans préparation sont donc nécessaires ; d'ailleurs, en cas de côlectasie aiguë la distension aérique du colon crée un contraste spontané qui permet une étude correcte des lésions coliques.

II - RAPPEL SOMMAIRE DE LA TECHNIQUE ET DE L'ASPECT NORMAL DU COLON.

- 1 - Il n'est pas de notre propos de détailler la technique mais quelques points nous ont paru importants :
 - a) l'utilité pour que l'examen soit mieux toléré de l'administration préalable d'antispasmodiques et de sédatifs chez les malades fatigués, dénutris se plaignent de douleurs abdominales.
 - b) la nécessité en dépit de la diarrhée d'une bonne préparation colique qui facilite l'interprétation des clichés.

- c) l'utilité d'une insufflation prudente qui ne présente pas plus de danger que la réplétion dans les C.U. : seule elle permet de vérifier le liseré de sécurité et par le contraste gazeux fait mieux ressortir les anomalies intermarginales.

2 - On sait que sur le colon normal :

- a) se retrouve une segmentation haustrale régulière, symétrique par rapport à l'axe colique et de moins en moins profonde à partir de l'angle gauche ; elle est peu marquée sur le colon sigmoïde et parfois même manque sur l'ascendant. L'espace intermarginal est homogène et les bords coliques sont nets.
- b) la longueur et la forme du colon varient, mais en général les angles sont accusés (très aigu à gauche, se rapprochant de l'angle droit à droite).
- c) le calibre diminue du caecum à la charnière recto-sigmoïdienne. L'ampoule rectale a un aspect en fuseau, encoché par deux incisures correspondant aux valvules de Houston, et plaqué contre la concavité sacrée.

III - ASPECTS RADIOLOGIQUES RENCONTRÉS CHEZ NOS 28 MALADES.

Le lavement baryté renseigne sur :

- la topographie des lésions
- le type des lésions et leur répartition sur le colon
- l'évolution des lésions.

.....

1 - Topographie des lésions (tableau 1)

Les lésions maximum en cours de l'évolution atteignent :

- a) le rectum, le colon en totalité et la dernière anse grêle dans 3 cas.

Dans l'observation n° 18, l'atteinte de la dernière anse fut vérifiée par le transit du grêle et se traduisait par des troubles du tonus (aspect figé) avec surtout des irrégularités bords en dents de scie et un aspect lacunaire pseudo-polypoïde des forces coliques. Ces lésions sont identiques à celles rencontrées sur le reste du colon.

Dans l'observation n° 10, la dernière anse opacifiée du fait de l'incontinence de la valvule de Bauhin ne présentait que des troubles fonctionnels (aspect atone) sans altération morphologique des bords, aspect différent des lésions coliques.

Dans l'observation n° 28, la dernière anse est fixée sans relief muqueux comme le reste du colon.

- b) le colon en totalité dans 13 cas : observations n° 3, 4, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 19, 24, 25, 26 et 27.

Chez le malade n° 13, le colon gauche restant était atteint dans son ensemble, le malade avait subi auparavant une hémicolectomie droite.

.....

TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS	NOMBRE DE CAS
Pancolite + atteinte de la dernière anse	3
Pancolite	13
Recto-colique partielle Dépassant le recto-sigmoïde	6
Limitée au recto-sigmoïde	3
Rectale pure	1
Atypiques	2

- c) dans 9 cas, l'atteinte recto-colique restait partielle.
6 fois les lésions s'étendaient au colon transverse atteint en partie ou en totalité.
3 fois l'atteinte était limitée au recto-sigmoïde.
- d) dans 1 cas (observation n° 16) l'atteinte restait rectale pure ne se traduisant pas par l'absence d'incisures sur le fuseau rectal, le manque d'expansion de l'ampoule rectale.
- e) Deux observations sont à mettre à part :
 - l'observation n° 19 : les lésions se localisent aux deux pôles du colon rectum sigmoïde et partie basse du descendant d'une part, caecum et ascendant d'autre part.
 - l'observation n° 22 où il existe deux zones atteintes : le colon descendant et iliaque d'une part, le caeco-ascendant d'autre part.

2 - Type des lésions et leur répartition sur le colon.

Nous envisagerons successivement :

- a) les modifications du tonus et de la motricité colique.
- b) les modifications de la segmentation haustrale.
- c) les modifications de la surface colique.
- d) les modifications du calibre et de la longueur du colon.

a) Modifications du tonus et de la motricité colique.

Selon JOURDE ET TAVERNIER, le tonus se caractérise par 2 signes : la résistance de la paroi et la distension par le lavement ou l'insufflation, le degré du collapsus après évacuation du lavement. L'intestin hypotonique se distend facilement sans résistance et s'évacue incomplètement. L'intestin hypertonique oppose une résistance à la distension par le lavement qui progresse normalement, le collapsus est parfait.

La motricité colique dépend des contractions qui influencent la progression du lavement.

Dans 4 cas, nous avons noté une hypotonie des zones saines d'amont (1, 2, 15 et 23).

Chez 5 malades, nous avons retrouvé une hypotonie des segments malades : cas 6, 8, 14, 21 et 22. Dans le cas 8, le colon présentait des zones atoniques et hypertoniques avant d'aboutir à une atonie globale.

Les cas 9 et 24 que nous reverrons, ont présenté une dilatation aiguë du colon.

A 6 reprises, nous avons noté une hypertonie colique (4, 5, 8, 16, 18 et 19). L'hypertonie segmentaire se traduisait par un rétrécissement axial à bords nets, visibles sur certains clichés seulement et variable d'un examen à l'autre ce qui le différencie du rétrécissement organique : dans le cas 8, il siégeait au niveau du sigmoïde, dans le cas 19 plusieurs segments spasmes faisaient suite à des segments normalement distendus pour réaliser l'aspect dit en "chapelet de saucisses".

Chez deux malades 10 et 12, le colon était dystonique certains segments étant hypotoniques, d'autres hypertoniques.

Dans 9 cas, le tonus colique était normal : 3, 7, 11, 15, 17, 20, 25, 26 et 28.

Dans le cas 13, le colon se présentait comme un tube indifférent au lavement.

Dans l'observation 16, le colon entier atone était cependant animé de contractions violentes chassant la baryte vers les dernières anses grêles opacifiées d'emblée faisant croire à une fistule entre le grêle et le colon : cette intolérance traduit une atteinte organique de la paroi colique.

b) Modifications de la segmentation haustrale.

Dans 16 cas, la segmentation haustrale a disparu sur plusieurs lavements successifs donnant au colon un aspect tubulé. (Obs. 1, 2, 4, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 25 et 28).

Chez 7 malades, la segmentation haustrale change d'aspect, disparaît ou redevient normale, ces aspects pouvant s'associer ou se succéder dans un ordre variable (cas n° 3, 7, 14, 17, 22, 23 et 26). Lorsqu'elles se modifient les haustrations peuvent s'empâter, plus difficiles à reconnaître car peu marquées (3, 14, 26), se raréfier, s'inverser avec des domes pointus séparés par des incisures larges et concaves (13), devenir inégales (7, 17, 26) ou alternées les domes d'un bord correspondant aux incisures de l'autre (22).

Dans 3 cas, les haustrations étaient modifiées mais persistaient : empâtées puis inversées dans le cas n° 15, peu nombreuses et inégales dans le cas 16, empâtées dans le cas 10.

Dans le cas 15, la segmentation haustrale reste normale.

c) Modifications de la surface colique.

Les altérations des bords sont étudiées sur les clichés en réplétion et après l'insufflation qui dessine le liseré de sécurité.

Les altérations des faces (espace intermarginal) sont mises en évidence par la comparaison des clichés en réplétion, évacuation et après insufflation (double contraste gazeux et baryté). On peut ainsi mettre en évidence des anomalies mineures, ou majeures.

1 - Les anomalies mineures :

Les bords du colon ne sont plus nets et linéaires. Ils deviennent flous, gommés avec aspect dégradé de l'opacité colique qui diminue d'intensité à mesure que l'on s'éloigne de l'axe de la lumière (6, 15, 17, 19, 21) ; ils sont hérissés dans certains cas (8, 10, 14, 26) de fines indentations avec aspect grignoté, effiloché (comme un bas de pantalon élimé). Ces deux anomalies sont souvent associées (3, 5, 7, 11, 20, 22, 23) et le liseré pariétal apparaît épaissi inégal, discontinu.

Les faces du colon prennent un aspect grossièrement réticule granité avec des mouchetures sur les cliché d'évacuation (5, 6, 19, 26).

Le relief muqueux a perdu son aspect normal, au lieu du réseau à mailles fines on note soit un plissement longitudinal (15, 26) soit une disparition du relief muqueux se traduisant sur les clichés en évacuation par un espace inter-marginal homogène (3, 13, 19, 23 et 28).

2 - Les anomalies majeures :

✕. Les images d'addition traduisent les ulcérations coliques.

Elles peuvent passer inaperçues lorsqu'elles sont peu profondes, comblées par les sécrétions muco-purulentes. Selon leur siège, elles sont visibles sur les bords ou les faces du colon.

Au niveau des bords, les ulcérations réalisent les aspects suivants :

- spicules de forme triangulaire (5, 9, 10, 17 et 26) parfois nombreux donnant un aspect en dents de scie.
- aspect en créneau (11, 14, 21) avec saillie large à fond plat.

.....

- fusée barytée (21)
- aspect pseudo-diverticulaire avec tache barytée ovalaire reliée aux bords du colon par un fin canal baryté réalisant l'image en "bouton de chemise" (3, 20, 12). Lorsque les flaques barytées sont nombreuses et confluentes, elles dessinent un double contour en addition (3, 5, 9, 12) qui peut être opaque (réplétion) ou clair (insufflation).

Au niveau des faces coliques, les ulcérations donnent des aspects difficiles à interpréter, elles se superposent à la tonalité intermarginale pour donner des zones plus opaques : flaques irrégulières à contours géographiques (1), taches barytées persistantes après évacuation et insufflation donnant à l'espace intermarginal un aspect non homogène alvéolaire (22) ou marbré (22) ou craquelé (24).

B) Les images lacunaires (soustraction) traduisent des lésions proliférantes qui peuvent se voir également sur les bords et les faces.

Les bords sont découpés par lacunes à bords nets et prennent un aspect dentelé, en timbre-poste (2, 17). Dans certains cas, les lacunes rondes s'échelonnent le long des bords et réalisent un aspect de double contour en soustraction (4, 11, 14, 18, 25).

Au niveau des faces les lacunes arrondies sont plus ou moins nombreuses (1, 3, 5, 7, 17) et réalisent parfois un aspect vermoulu (14) ou un aspect aréolaire en "nid d'abeille" (8, 25) lorsqu'elles sont petites et innombrables.

8) Dans certains cas, les images complexes deviennent difficiles à analyser (10, 12, 20, 24) ; les bords sont déchiquetés, irréguliers, les faces prennent un aspect marécageux avec alternance de plages claires et sombres à contours

plus ou moins irréguliers. Ces aspects persistent aux différents temps de l'examen (réplétion, évacuation) et sur les différentes séries ce qui confirme l'organicité. Sur les pièces opératoires, on trouve de vastes ulcérations isolant des lambeaux de muqueuse noirâtres (12), ou des ulcérations associées à des polypes (10, 20, 24).

3 - Répartition des anomalies sur le cadre colique.

Les anomalies mineures atteignent surtout le rectum (10, 15) ou le recto-sigmoïde (3, 20, 21, 22) mais aussi le reste du cadre colique (5, 6, 7, 8, 11, 14, 17, 19, 23 et 26).

Nous avons observé une fois des anomalies majeures sur le rectum, elles sont habituelles sur le sigmoïde et au-delà pouvant même déborder sur le grêle (8).

d) Modifications du calibre et de la longueur du colon.

1 - Diminution de calibre et de longueur.

Au bout d'un certain temps d'évolution, certains cas se sont accompagnés d'une diminution du calibre du colon.

Cette microcolie est localisée au rectum (5, 20, 25), qui se continue sans démarcation avec le sigmoïde et perd ses incisures ; elle peut s'étendre à toutes les zones lésées (3, 7, 19, 22, 23). Dans un cas (11), alors que le rectum atteint conservait une expansion normale, le calibre du colon et du transverse était diminué.

Chez 4 malades (8, 13, 14, 28), le colon était réduit non seulement en largeur mais aussi en longueur avec disparition des boucles du sigmoïde et ouverture des angles. Le

cas 28 présentait de plus deux rétrécissements axiaux, à bords réguliers, courts, persistant sur plusieurs lavements malgré les modificateurs du comportement et siégeant sur le recto-sigmoïde et le descendant. Le malade 21 présentait une brachy-sigmoïdie et une microrectie avec élargissement considérable de l'espace pré-sacré laissant préjuger d'une importante périrectite.

2 - Dilatation colique.

Chez deux malades (9 et 24), nous avons observé une dilatation aiguë du colon.

Dans le cas 19, le cliché d'abdomen sans préparation a montré une ectasie segmentaire du colon descendant et sigmoïde avec ébauche de double contour gazeux en addition sur le descendant.

Dans le cas n° 24, la dilation colique était globale et le lavement baryté a montré un aspect non homogène des faces du colon avec des stries barytées transversales et des bords festonnés ; l'examen a été bien toléré.

3 - Chez 11 malades (1, 2, 4, 6, 10, 12, 15, 16, 17, 18 et 26), le colon gardait un calibre et une longueur normaux malgré la longue évolution de la C.U. chez certains d'entre eux.

3 - Evolution des lésions.

Les lavements barytés successifs permettent de préciser l'évolution des lésions.

.....

a) Régression -

Dans certains cas, nous avons assisté à une régression complète ou presque des anomalies radiologiques : le malade 16 souffrait de diarrhée sanglante depuis 6 mois avec des lésions radiologiques mineures qui ont totalement disparu : le rectum a repris une expansion normale avec réapparition des incisures. Le malade 18, de même, souffrait d'une diarrhée teintée de sang avec des lésions pseudo-polypoïdes du colon sigmoïde et descendant apparues après 2 mois d'évolution ; un contrôle radiologique effectué en fin de poussée a montré une très nette régression des lésions.

b) Persistance des anomalies radiologiques -

1 - Lésions pseudo-polypoïdes

Dans 17 cas, nous avons constaté des lésions pseudo-polypoïdes soit sur le premier lavement baryté (1, 2, 4, 7, 8, 10, 18, 19, 20, 21, 22, 25) soit en cours d'évolution (3, 5, 11, 14, 17). Chez 5 malades (2, 18, 19, 21 et 25), les pseudo-polypes n'étaient pas associés à des lésions ulcéreuses. Dans 5 cas, les lavements barytés successifs nous ont montré que les lésions ulcéreuses ont fait place à des lésions prolifératives (7, 8, 11, 14, 17). Chez les 7 autres malades (1, 4, 7, 8, 10, 20, 22) les lésions ulcéro-prolifératives existent d'emblée.

Sur ces 17 malades, 13 furent opérés. Sur les 4 malades non opérés, un seul (18) nous l'avons vu, a récupéré un colon presque normal radiologiquement; les 3 autres (11, 19, 21) gardent des lésions radiologiques. Dans le cas 19, les lésions proliférantes ont disparu (il ne persiste qu'un polype du transverse) mais il existe une microcolie avec disparition du relief muqueux chez cette

malade porteuse d'une C.U. évoluant depuis 10 ans et actuellement évolutive. Le malade 21, par contre, conserve ses pseudo-polypes, une microcolie avec brachycolie. Le malade 11 est porteur d'une C.U. évoluant depuis 7 mois sans modification du calibre et de la longueur du colon.

2 - Lésions ulcéreuses

Dans 2 cas, le lavement baryté a montré des lésions ulcéreuses pures : le cas 9 s'es compliqué d'une dilatation aiguë du colon, le malade 12 était atteint d'une forme fulminante de C.U. opérée après 27 jours d'évolution. Dans l'observation 26, un lavement baryté fait en 1956 a montré des lésions ulcéreuses pures, 13 mois plus tard le malade doit être opéré en urgence et le chirurgien a constaté des lésions pseudo-polypoïdes diffuses.

3 - Modification du calibre et de la longueur du colon

La diminution du calibre, et dans certains cas de la longueur du colon, est le fait de C.U. évoluant depuis plusieurs mois :

- 31 mois dans le cas 5
- 28 mois dans le cas 7
- 7 mois dans le cas 11
- plus de 6 ans dans le cas 13
- 15 mois dans le cas 14
- plus de 2 ans dans le cas 19
- au moins 2 ans dans le cas 21
- 4 ans environ dans le cas 28.

Dans certains cas cependant malgré la longue évolution nous n'avons pas noté de modification du calibre du colon : 1 an dans le cas 4, 3 ans dans les cas 17 et 26.

c) Evolution particulière -

Chez trois malades, l'évolution radiologique est particulière :

- le malade 3 était porteur d'une pancolite et une nouvelle poussée se borne à une colite segmentaire respectant le recto-sigmoïde.
- le malade 28 a conservé tout au long de l'évolution, pendant plusieurs années, le même aspect radiologique : colon raccourci et diminué de calibre avec disparition complète des haustrations, bords nets bien limités avec espace inter-marginal homogène sans relief muqueux sur les clichés en évacuation ; présence de deux rétrécissements segmentaires immuables sur les lavements successifs.
- le malade 13 a évolué de manière analogue : 9 mois après une hémicolectomie droite pour une colite non spécifique (nous ne possédons pas de documents radiologiques de cette époque) le lavement a montré un colon restant en tuyau de plomb raccourci et étroit, 6 ans plus tard l'aspect radiologique était identique et les poussées itératives ont conduit à une nouvelle intervention.

B - ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE DES TRONCS MÉSENTÉRIQUES

Cinq malades ont subi une artériographie sélective :

- deux (1, 11) des troncs mésentériques supérieur et inférieur.
- trois (16, 17, 21) du tronc mésentérique inférieur seulement.

.....

I - TECHNIQUE :

La technique suivante a été utilisée : le cathétérisme sélectif est pratiqué par voie transfémorale avec une sonde d'Odman verte, on injecte en 3 à 4 secondes 20 cm³ de produit de contraste de concentration moyenne (75 %) suivi de 20 % de sérum physiologique (méthode de l'embol pulsé iodé). Le cathétérisme est non bloqué.

Aucun incident n'a été noté mis à part une douleur et une sensation de chaleur lors de l'injection.

II - RESULTATS :

1) Dans un seul cas (11), nous avons retrouvé la triade angiographie, caractéristique de la C.U. : au niveau du territoire mésentérique inférieur : pauvreté artériolaire, épaississement très marqué des bords du colon surtout au niveau du recto-sigmoïde et retour veineux très précoce à la 5ème seconde et massif ; au niveau du territoire mésentérique supérieur la pauvreté artériolaire était moins nette et le retour veineux survenait à la 8ème seconde avec un épaississement pariétal portant sur le transverse et le colon ascendant.

2) Dans les 4 autres cas, les signes étaient dissociés chez deux malades (1 et 21) nous n'avons retrouvé que deux signes, l'épaississement du liseré pariétal et le retour veineux précoce et massif.

Dans le cas 16, tout se bornait à un épaississement du liseré pariétal, dans le cas 17 à un retour veineux précoce.

.....

3) L'épaississement du liseré pariétal est donc le signe le plus couramment rencontré mais à lui seul il n'est pas caractéristique ; il s'explique selon Busson et Hernandez, par l'ectasie des capillaires du chorion qui constitue le signe histologique essentiel de la C.U.

Richir, Delarue et Lambling injectent en 1960 le réseau vasculaire des pièces opératoires avec la gélatine minium, ils mettent en évidence la raréfaction des branches terminales des vaisseaux coliques droits.

Sur ce petit nombre d'angiographies nous n'avons donc pas retrouvé, de façon constante, les signes décrits par Odman puis par Busson et Hernandez.

L'artériographie n'a pas permis mieux que le lavement baryté de préciser l'étendue des lésions.

ETUDE CLINIQUE DE L'INTESTIN TERMINAL

- - - - -

La partie terminale de l'intestin (région anale et rectosigmoïde) est explorée par l'examen clinique, la rectosigmoïdoscopie et éventuellement la biopsie rectale.

A - COMPLICATIONS ANO-RECTALES

1) 9 des 23 malades opérés (soit environ 40 % des cas) étaient atteints de lésions ano-rectales :

- abcès de la marge de l'anus dans 2 cas (2 et 10). Dans le cas 2, le chirurgien a dû enlever le rectum à cause de la suppuration anale.
- ulcérations anales dans 3 cas :

Le malade 8 présentait des exulcérations de la fesse et de la région anale. Le malade 17 : une ulcération creusante de la région anale mettant à nu le sphincter anal. Le malade 20 était atteint d'une ulcération indolore, violacée, à fond bourgeonnant et en outre de nombreux trajets fistuleux suppurés.

- fistules anales dans deux cas : le cas 20 que nous venons de voir et le cas 5.
- décollement sus-anal avec thrombose hémorroïdaire dans le cas 15.
- rétrécissement infranchissable et ulcéré situé à 13 cm de l'anus dans le cas 23 évoluant depuis 12 mois.
- microrectie dans le cas 13 décelable par le toucher qui perçoit des parois rectales indurées. La microrectie

.....

notée sur les lavements barytés ne permet pas de préjuger habituellement du calibre réel de la lumière rectale, car la rectoscopie montre un calibre normal dans la plupart des cas.

Pour SOULLARD et LAMBLING, ces complications ano-rectales constituent un élément de gravité.

- 2) Dans le cas 18, une thrombose hémorroïdaire est survenue au cours de la première poussée d'une C.U.
- 3) Deux malades ayant subi une colectomie avec conservation du rectum, ont souffert de rectorragies massives qui ont imposé une proctectomie secondaire.

B - ASPECTS RECTOSIGMOÏDOSCOPIQUES

- 1) Chez 2 malades l'aspect rectoscopique restait normal ; le cas 9 chez lequel on ne constatait qu'une discrète fragilité du cap recto-sigmoïdien qui laissait sourdre des sécrétions purulentes ; dans le cas 14, la muqueuse ano-rectale était normale jusqu'à 15 cm alors que le lavement baryté montrait des lésions proliférantes sus-jacentes. Les deux malades ont été opérés.
- 2) Chez 12 malades (5, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 24, 27 et 28), nous avons constaté des anomalies mineures : muqueuse fragile, granitée, oedémateuse, hypersécrétante avec parfois dépôts membraneux, saignante, purulente, exulcérée voire irrégulière et mamelonnée. L'aspect endoscopique réalisé est donc variable et dans deux cas il n'a pas permis de poser un diagnostic précis : le cas 18 présentait sur une muqueuse saine quelques exulcérations ; le cas 24 avait une muqueuse odémateuse et hypersécrétante.

.....

- 3) Dans 13 cas, nous avons constaté des lésions majeures :
ulcérations plus ou moins creusantes, formations polypoïdes.

Chez 3 malades (7, 8 et 12), la muqueuse rectale était uniquement ulcérée.

Chez 10 malades, existaient des pseudo-polypes associés à des ulcérations (1, 2, 11, 17, 20, 21, 22 et 15) ou isolés survenant sur une muqueuse préalablement ulcérée (2) ou constatés dès le premier examen (26). Parmi ces 10 malades, 2 seulement conservent leur colon (11 et 21), les 8 autres ont dû être colectomisés.

Comme SOULLARD et LAMBLING, nous avons constaté que les polypes étaient moins fréquents que sur les pièces opératoires et nous leur attribuons une valeur péjorative.

C - BIOPSIES RECTALES OU ANALES

Des biopsies ont été pratiquées chez 12 malades.

- a) 5 fois l'anatomo-pathologiste évoquait le diagnostic de
C.U.

- cas 1 : sur la première biopsie les glandes étaient hypersécrétantes irrégulières, le chorion contenait des capillaires congestifs ; la deuxième biopsie faite 50 jours plus tard montrait les mêmes anomalies avec de plus un infiltrat inflammatoire polymorphe et des abcès cryptiques et l'histologiste concluait colite ulcéreuse subaiguë.
- cas 3 : la muqueuse était congestive et hémorragique avec infiltration lympho-plasmocytaire intertubuloglandulaire.

.....

- cas 23 : ectasie des capillaires du chorion, hypercrinie granuleuse purulent du chorion ; de plus, les glandes étaient mal limitées avec noyau en mitose sans aspect malin.
 - cas 13 : l'hypercrinie et la congestion du chorion sur la première biopsie étaient en faveur de C.U. ; 21 mois plus tard existait un simple infiltrat inflammatoire du chorion ne permettant pas d'évoquer un diagnostic.
 - cas 19 : congestion des franges épithéliales évoquant la recto-colite hémorragique.
- b) 7 fois l'histologiste concluait rectite inflammatoire non spécifique subaiguë (8, 17, 18, 20, 21, 22) ou parfois suppurée (15).

Nous avons donc retrouvé 5 fois sur 12 les lésions considérées par RACHET, BUSSON et DELARUE comme caractéristiques : l'hypermucorhée et les phénomènes vaso-moteurs. Pour ces auteurs, ces lésions se retrouvent même au cours des périodes d'accalmie de la maladie et s'ajoutent à des érosions épithéliales au cours des poussées (observées chez les malades 1 et 3), à des aspects d'hyperplasie lymphoïde témoins de formes chroniques ou à rechute et donnant à la muqueuse un aspect granité pour LUIB et PROTHEORE (nous les avons notées dans les cas 3, 23 et 13), à des infiltrats leucocytaires traduisant la suppuration.

Pour CATTAN et collaborateurs, les lésions observées sur les biopsies rectales varient selon le siège du prélèvement et le stade évolutif et il distingue plusieurs aspects :

- aspect muco-hémorragique identique à celui décrit par RACHET, BUSSON et DELARUE.

- aspect de rectite purulente au cours duquel les culs de sac glandulaires sont remplis de polynucléaires, d'hématies et de mucus ("crypt abcess" qui constitue pour LUMB et PROTHEORE la lésion caractéristique de la période de début de la C.U. et que nous avons observé dans le cas 1). Le contenu purulent de ces glandes peut se déverser dans la sous-muqueuse, qui communique alors avec la lumière intestinale, il peut également décoller les couches superficielles de muqueuse normale pour former les "lacunal abcess" observés dans deux cas (15 et 17). Ces deux mécanismes expliquent selon LUMB et PROTHEORE la formation des ulcères coliques.
- aspect de rectite subaigüe interstitielle : infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion (et parfois follicules lymphoïdes), glandes raréfiées, peu d'oedème et de capillaires, que nous avons rencontré dans trois cas (18, 20, 22).

CATTAN et collaborateurs ne considèrent pas la C.U. "comme une entité nettement définie du moins du point de vue histo-pathologique".

Ch. DEBRAY et collaborateurs étudiant 165 biopsies aboutissent à des conclusions analogues ; en effet, sur 35 biopsies faites chez des malades porteurs de C.U., 13 fois l'histologiste ne concluait pas ou même éliminait la possibilité d'une C.U., à l'inverse sur 130 biopsies faites chez des malades non atteints de C.U., 34 fois le diagnostic fut évoqué.

L'étude histologique des biopsies rectales ne permet pas toujours de porter le diagnostic de C.U. DEBRAY et LAUMONIER, dans les cas douteux, proposent une nouvelle

.....

biopsie au cours d'une poussée ; la persistance de troubles vasculaires intenses est en faveur de la C.U. POTET, SOULLARD et LAMBLENG insistent sur la gravité des pseudo-polypes et des granulomes contenant des polynucléaires.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU COLON

- - - - -

Cette étude porte sur 21 pièces de colectomie et 2 pièces d'autopsie (4 et 25).

A - LESIONS ELEMENTAIRES

I - L'ULCERATION -

L'ulcération est la lésion constamment rencontrée au cours de l'examen des pièces anatomiques.

Les ulcérations peuvent revêtir plusieurs aspects. Elles peuvent être superficielles, très étendues et plates comme dans le cas 16 où elles ne laissaient pratiquement pas subsister la muqueuse.

Elles peuvent être étroites, en coin comme dans les cas 7 et 13.

Elles peuvent être larges avec des contours irréguliers en carte de géographie isolant entre elles des îlots de muqueuse comme dans les cas 8, 10, 15, 20 et 25.

Elles peuvent être linéaires, parallèles à l'axe du colon (17, 27), véritables couloirs ulcéreux labourant la muqueuse.

.....

Elles peuvent rester superficielles atteignant plus ou moins la musculaire muqueuse (2, 6, 10, 12 et 22), profondes atteignant la musculature (1, 3, 15, 17) ou même la sous-séreuse (5, 8, 9, 24, 27) et on peut voir le contenu du colon à travers la paroi amincie. Au maximum, on note des perforations de la paroi colique à l'emporte pièce (9) avec parfois abcès péri-colique (26).

Elles peuvent être aiguës, limitées par un enduit nécrotique en voie de suppuration (6, 9, 14, 17, 20, 24) ou franchement suppurées (7, 13, 14, 15, 20) ; elles peuvent être subaiguës, bordées par une infiltration inflammatoire (12, 22, 27, 28).

Ces différents aspects peuvent se rencontrer sur le même colon et les ulcérations les plus étendues et les plus profondes se retrouvent, en général, au niveau du colon descendant et transverse (14, 17, 27).

Pour LUMB et PROTHERE, nous l'avons vu, les ulcérations s'expliquent par deux mécanismes : destruction des glandes par les crypt-abcès, décollements muqueux par les "abcès-lacunaires".

II - LES LÉSIONS ASSOCIÉES -

L'ulcération, lésion de base, s'associe des phénomènes vasculaires, inflammatoires, suppuratifs qui remanient la paroi du colon.

1) L'hypervascularisation -

L'hypervascularisation, signe essentiel, est retrouvée presque constamment. Dans un seul cas (22), on ne notait pas de congestion nette.

Dans 8 cas, l'hypervascularisation importante intéressait toute la paroi : inégale et maximum au niveau des formations polypoïdes et des granulomes, tapissant les ulcérations dans le cas 1, surtout nette à partir du transverse dans le cas 10, discontinue dans le cas 15 avec des nappes capillaires dilatées et des foyers apoplectiformes détruisant la musculaire muqueuse, diffuse avec congestion capillaire et télangiectasie (8, 17, 27) parfois associées à des suffusions hémorragiques (9 et 23). Dans le cas 17, la poussée vasculaire intense soulevait la muqueuse qui prenait un aspect polypoïde.

Dans 3 cas, les hémorragies interstitielles étaient importantes (3, 5 avec caillots à nus, 26).

Dans le cas 13, l'hypervascularisation s'associait à des lésions d'endartérite athéromateuse. Dans le cas 20, on notait de nombreuses thromboses fibrinoïdes des vaisseaux sous-muqueux qui, pour GALLART-MONÈS, seraient responsables de la nécrose et de la destruction muqueuse.

Dans les autres cas, les phénomènes vasculaires prédominaient au niveau de lésions-muqueuse.

2) Hypercrinie -

L'hypercrinie n'était retrouvée que 12 fois sur les 23 pièces anatomiques et chez 4 malades elle était peu marquée.

Nous avons noté 10 fois (1, 5, 7, 10, 13, 14, 17, 23, 24, 27), l'existence de crypt abscesses que LUMB considère comme caractéristiques de la C.U. et qu'il trouve dans 45 % des cas ; dans le cas 7, ces abscesses cryptiques étaient nombreux sur le grêle.

Entre les ulcérations nous avons observé à plusieurs reprises une muqueuse amincie et atrophique (1, 4, 5, 8, 12, 25, 27, 28), des signes de souffrance épithéliale (surtout dans le cas 23) avec des signes de régénération (dans les cas 12, 27 et 28, on notait une seule assise cellulaire sans cryptes glandulaires), des glandes raréfiées (13, 20, 22, 27) ou disparues (25) et en état de souffrance déformées, sinueuses et basophiles (1, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 23, 24, 28). POTET, SOULLARD et LAMBLING ont retrouvé sur leurs coupes cette fragilité épithéliale et l'association de glandes hypersécrétantes alternant avec des glandes anormales et non sécrétantes correspondant à des remaniements successifs très évocateurs.

3) Infiltration inflammatoire -

L'infiltration inflammatoire est retrouvée sur toutes les coupes histologiques. Cet infiltrat est polymorphe lympho-plasmocytaire subaigu (12, 14, 22, 26) souvent hypervascularisé avec telangiectasies voire hémorragies (3, 5, 6, 9, 15, 28).

L'hyperplasie lymphocytaire fréquente est le témoin des rechutes.

Dans le cas 24, le granulome inflammatoire était riche en cellules éosinophiles.

Chez deux malades on a noté des follicules tuberculoïdes : dans le cas 13, nodules lymphoplasmocytaires centrés par des cellules claires d'aspect épithélioïde situés dans la sous-muqueuse au contact des vaisseaux et des lymphatiques ; dans le cas 17, nodules folliculaires pseudo-tuberculeux situés dans la sous-séreuse avec cellules claires et géantes.

Chez 10 malades, on note une infiltration de polynucléaires neutrophiles soit diffuse (2, 4) soit sous forme de petits amas constituant des micro-abcès (1, 5, 8, 10, 15, 20, 23, 24) témoins de l'importance de la suppuration.

L'infiltration inflammatoire souvent congestive et oedémateuse s'associe parfois à la sclérose ; elle prédomine au niveau du chorion de la muqueuse mais peut gagner toutes les couches de la paroi colique atteignant la sous-muqueuse (3, 4, 7, 25) la musculuse (5, 20, 24) la sous-séreuse voire l'atmosphère péri-colique (1, 2, 6, 8, 12, 13, 14, 22, 23, 27) responsable de l'épaississement des parois coliques.

4) Pseudo-polypes --

Sur nos 23 pièces anatomiques, nous avons retrouvé 20 fois des accidents du relief muqueux.

- a) Macroscopiquement, ces accidents ont un aspect variable : soit petites élevures muqueuses très fines vermiculaires, multiples formant un fin chevelu (7, 14, 23, 26) soit petits plus ou moins pédiculés (1, 3, 4, 7, 15, 20), soit plus gros (24, 25), parfois allongés, couchés sur la paroi (1, 8). Parfois, ils ont un aspect en arceau, en pont (1, 8) qui peuvent se rompre à une extrémité pour donner des pseudo-polypes digitiformes (cas 26 où les polypes avaient plusieurs centimètres de long et de diamètre) des végétations libres (cas 20). Ils peuvent être petits et peu nombreux, comme dans les cas 5 et 10, où entre de larges ulcérations persistaient des petites élevures, vestige de muqueuse. Chez d'autres malades, les ulcérations étroites et irrégulières sculptent des lambeaux de muqueuse plus ou moins turgescents de forme irrégulière (9, 10, 12, 20) dessinant parfois des damiers.

On peut noter parfois de gros plis violacés persistant entre les ulcérations (17, 23).

Ces différents aspects peuvent s'associer sur la même pièce.

Les pseudo-polypes siègent surtout au niveau du colon descendant et ascendant plus rarement sur le transverse (5, 7, 8).

b) L'étude histologique permet de reconnaître deux types de pseudo-polypes.

1) Les pseudo-polypes muqueux retrouvés 14 fois. L'ulcération de la muqueuse alentour fait saillir les lambeaux de muqueuse persistants dont le relief est parfois accentué par l'hypervascularisation. De tels faits ont été notés dans les cas 3, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 20 ; LAMBLING et POTET considèrent la persistance de la musculaire muqueuse sous le chorion plus ou moins modifié comme un signe caractéristique de leur origine.

Ces pseudo-polypes sont parfois volumineux. Les pseudo-polypes arciformes (1, 8) ou digitoformes (20, 26) ont été étudiés par RICHIER et LAMBLING et seraient la conséquence de suppurations sous-muqueuses qui décollent les lambeaux muqueux doublés en profondeur par la musculaire muqueuse qui se continue avec la paroi colique voisine.

2) Les pseudo-polypes granulomateux, de Weichselman (1, 2, 4, 8, 24, 26) sont retrouvés 5 fois. Ils sont formés par un tissu de granulation congestif nu (bourgeon charnu) ou recouvert de chorion, de reste de muqueuse plus ou moins altérée (pseudo-polypes mixtes de LUMB). Pour LAMBLING et POTET, ces pseudo-polypes granulomateux sont peu saillants et en profondeur, on ne

retrouve pas de musculaire muqueuse dans la plupart des cas.

3) Les pseudo-polypes muqueux et granulomateux seraient une même lésion vue à des stades différents pour R. CATTAN.

c) Nous n'avons pas rencontré au cours de cette étude de polyadénomes vrais, de cancers coliques (cependant certains malades étaient porteurs d'une C.U. ancienne et évoluant par poussée). La transformation maligne des pseudo-polypes est discutée et doit être considérée comme exceptionnelle en pratique courante (GALLART-JONES, CATTAN). A l'inverse, Duke pense que certains aspects de réparation épithéliale peuvent être à l'origine de lésions malignes.

Pour DAGMELIE, les pseudo-polypes sont capables de régresser ; quand le processus inflammatoire et congestif diminue, le pseudo-polype s'affaisse et redevient l'ilôt muqueux qui sert à la régénération muqueuse.

Ces pseudo-polypes sont donc le témoin de remaniements profonds de la paroi colique (ulcérations, granulomes inflammatoires, suppuration pariétale décollant la muqueuse), et témoignant dans la majorité des cas de C.U. graves. C'est ainsi que LUMB et PROTEBORE trouvent 67 fois des pseudo-polypes à l'examen de 152 pièces de colectomie, CATTAN 4 fois sur 10 colons examinés (2 pièces d'autopsie, 8 pièces de colectomie).

Les pseudo-polypes constituent un signe de gravité ; ils témoignent d'une poussée ulcéreuse et inflammatoire grave et ne doivent pas être considérés comme un processus de cicatrisation.

.....

III - REPARTITION DES LESIONS -

Les lésions élémentaires se combinant de façon variable mais à propos de l'examen anatomique de nos cas, nous insisterons sur :

- l'extension des lésions en profondeur,
- la topographie et l'extension des lésions en superficie.

1) Extension des lésions en profondeur

Il est classique de dire que la C.U. est essentiellement une maladie de la muqueuse et de la sous-muqueuse; c'est le cas de 3 de nos malades (4, 7, 25) qui présentaient des lésions localisées à ces 2 tuniques de la paroi colique.

Nous voudrions après de nombreux auteurs insister sur la fréquence, au cours des C.U., des lésions profondes qui peuvent atteindre la musculuse, la sous-séreuse voire l'atmosphère péri-colique.

- a) La sous-séreuse et la zone péri-colique n'étaient indemnes que 4 fois (4, 7, 20, 25) sur les 23 pièces examinées.

L'hypervascularisation est la lésion la plus fréquente quasi-constante (1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 17, 23, 24, 27, 28), parfois intenses avec oedème (12, 27).

Dans certains cas (13, 22, 27, 28), on note une infiltration inflammatoire souvent péri-vasculaire : dans le cas 13, des nodules lymphogranulomateux avec cellules géantes.

La fibrose péri-colique discrète et discontinue est souvent retrouvée (1, 3, 6, 10, 12, 14, 15, 23) plus souvent elle est très intense (2 cas) : dans le

.....

cas 2, existait une importante scléro-lipomatose épaississant la paroi, dans le cas 8 on notait une péri-colite subaiguë importante et continue avec sclérose mutilante remplaçant la graisse et suivant les pédicules vasculaires, raccourcissant et rétrécissant le colon.

Deux cas sont particuliers : le cas 9 où la paroi amincie était le siège d'ulcérations très creusantes détruisant toutes les tuniques au niveau du colon gauche et transverse siège de perforation à l'emporte-pièce, le cas 26 où existait une masse inflammatoire péri-colique gauche secondaire à la perforation de la paroi colique détruite entièrement par des foyers suppurés.

Chez 6 malades (1, 6, 14, 17, 26 et 27) les ganglions satellites étaient nettement congestifs.

b) La couche musculaire est également souvent atteinte.

Dans 6 cas seulement (3, 4, 7, 12, 25, 28) elle était intacte ou peu modifiée.

Dans la plupart des cas, elle est plus ou moins envahie par l'infiltration inflammatoire (5, 6, 23) associée à une fibrose jeune (2, 8, 14, 17).

Dans le cas 27, la musculature était criblée de vaisseaux gorgés de sang.

Chez 7 malades, la musculature était détruite dans certaines zones par le processus ulcéreux (9, 15, 23, 24) avec des zones de nécrose (1, 20) ou mutilée par une sclérose importante (13).

Dans le cas 8 existait une atrophie des plexus nerveux inter-musculaire ; à l'inverse, on notait une hyperplasie dans les cas 1, 7, 13 réalisant un véritable névrome.

.....

- c) Les couches muqueuses et sous-muqueuses étaient également atteintes.

Les lésions constatées à ce niveau ne se différenciaient en rien des lésions observées au cours des C.U. habituellement localisées à la muqueuse et à la sous-muqueuse.

Dans tous les cas le chorion de la muqueuse, la musculaire muqueuse et la sous-muqueuse étaient détruites par les ulcérations (1, 15) envahies par une infiltration inflammatoire plus ou moins dense souvent hypervascularisée et envahie par la fibrose : Dans le cas 13, existait une énorme sclérose de la sous-muqueuse dense, ancienne, anarchique envahissant la musculature par endroit et responsable d'un épaissement considérable des parois de la totalité du colon et du grêle. Dans le cas 28, la sclérose sous-muqueuse était très importante et localisée au niveau du recto-sigmoïde responsable d'un rétrécissement localisé sur quelques centimètres (rappelons que dans ces deux cas, il n'y avait pas de péri-colite).

Ainsi, la C.U. ne prédomine pas toujours comme l'écrivait RACHET, à la surface du colon, elle remanie toute la paroi colique qui apparaît comme épaissie, indurée dans 10 cas (2, 6, 7, 12, 13, 14, 20, 22, 25, 26), amincie dans 4 cas (3, 5, 9, 23). Dans les cas 2 et 28, la paroi colique était tantôt amincie tantôt épaissie. Dans le cas 18, on était frappé par un raccourcissement considérable du colon profondément remanié par une sclérose importante et continue envahissant la musculature et l'atmosphère péri-colique. Dans 3 cas, le colon était dilaté et aminci (3, 9 et 24).

2 - Topographie et extension des lésions en surface.

a) Topographie

Sur 23 malades examinés, ont noté :

- dans deux cas, une atteinte du rectum et du colon jusqu'à l'angle droit (2, 15).
- dans 12 cas, une atteinte du rectum et de la totalité du colon (3, 4, 9, 10, 12, 14, 17, 20, 23, 24, 25, 26).
- dans 8 cas, un envahissement du rectum, du colon et de la dernière anse grêle (1, 5, 6, 7, 8, 13, 27, 28).
- dans le cas 22, les lésions occupaient le colon gauche et le transverse puis sautaient au grêle. La biopsie montrait une atteinte du rectum.

Nous avons donc observé dans tous nos cas une atteinte rectale plus ou moins sévère.

Pour SOULLARD et LAMBLING, d'ailleurs, cette localisation constamment rencontrée dans 117 cas est quasiment indispensable au diagnostic.

Par contre, FRENCH et VANDER ne la retrouvent que 40 fois sur 53 cas et J.L.A. ROTH le constate chez 85 % des malades seulement.

Nous n'avons jamais observé de formes proximales alors que FRENCH et WANDER, sur 53 cas, trouvent 4 cas d'extension variable mais épargnant le rectum.

b) Extension des lésions

Il est classique de dire que la C.U. est une maladie rectale qui progresse de bas en haut, et, lors des examens radiologiques successifs, nous avons observé ce fait dans 9 cas (1, 3, 8, 13, 14, 15, 17, 20, 23).

.....

Par contre, 12 fois nous avons noté dès le premier examen radiologique une atteinte globale du colon (1, 4, 9, 10, 12, 24, 25, 26) débordant parfois sur le grêle (5, 6, 7, 27, 28) . WARREN S. et SOMMERS S.C. suggèrent la possibilité de formes de C.U. d'emblée globales touchant simultanément tout le colon. LUMB et PROTHEORE tentent dans ces cas de préciser le point d'attaque principal de la maladie en tenant compte de l'aspect histologique des lésions qui varie parfois selon le segment colique examiné : dans 4 cas (7, 14, 15 et 22) nous avons trouvé des lésions aiguës et récentes à droite, subaiguës et plus anciennes à gauche (épaississement de la paroi par la fibrose), par contre les lésions étaient homogènes dans 12 cas, aiguës (3, 5, 6, 9, 10, 23, 24, 25, 27) ou subaiguës (1, 22, 28) ne permettent aucune conclusion sur le point d'attaque de la maladie. Il est probable d'ailleurs que dans les 9 cas aiguës, l'atteinte colique était globale d'emblée.

Signalons que BROOK et COOKE considèrent la C.U. comme une maladie du colon gauche à extension ascendante et pouvant rarement atteindre le rectum ; dans nos cas : 7, 14, 15 et 22, les lésions étaient importantes subaiguës et anciennes au niveau du colon gauche, mais le rectum était également envahi de façon nette dans les cas 7, 14 et 15 et discutable dans le cas 22.

LUMB et PROTHEORE, dans beaucoup de cas de C.U., signalent la possibilité de lésions multifocales avec des zones plus lésées que d'autres à partir desquelles s'effectuerait l'extension ; dans tous nos cas, les lésions étaient diffuses sauf dans le cas 22 où l'histologiste notait une atteinte sévère du colon gauche à l'angle droit

.....

tandis que le caecum et l'ascendant étaient presque normaux et le grêle atteint de façon discrète. Pour SOULLARD et LAMBLING, la "continuité topographique peut être considérée comme constante".

c) Le grêle dans la C.U. :

L'atteinte iléale au cours de la C.U. est un fait connu en France (Thèse de GOUGIS, travaux de LOYGUE et collaborateurs). La fréquence exacte est difficile à apprécier et dépend des critères utilisés pour affirmer son existence. Deux fois (8 et 28) sur nos 23 cas, l'atteinte avait une traduction radiologique. Sur 20 pièces anatomiques comportant le colon et quelques centimètres d'iléon terminal, nous avons constaté les faits suivants : 3 fois le grêle était normal (3, 20, 24), 6 fois il présentait des anomalies discrètes et dissociées (dans le cas 10 : quelques îlots lymphocytaires à la jonction muqueuse - sous muqueuse, dans les cas 17, 23 et 25 : légère congestion muqueuse et sous-muqueuse) ou localisées au versant iléal de la valvule iléo-caecale (cas 9 et 14) ; 9 fois (soit dans 45 % des cas), il était le siège de lésions notables (cas 5, 6, 7, 8, 13, 22, 27, 28) qui n'avaient de traduction radiologique que dans 2 cas (8 et 28), les deux cas restants (4 et 12) n'ont pas été étudiés.

LUMB et PROTHEORE, sur 156 pièces examinées, trouvent 49 fois (soit dans 36 % des cas) une atteinte de l'iléon terminal.

L'atteinte iléale survient toujours, d'après GOUGIS, au cours d'une pancolite. 8 fois sur nos 9 cas (5, 6, 7, 8, 13 et 27), nous avons noté ce fait et il n'existait pas d'intervalle libre entre les lésions coliques et iléales ;

.....

dans un seul cas (22) les lésions du grêle discrètes étaient séparées par une zone saine des lésions coliques majeures siégeant sur le transverse et le grêle et il faut noter que 4 ans et 4 mois plus tard une récurrence atteignait l'iléon et le recto-sigmoïde nécessitant une nouvelle résection.

Les lésions histologiques du grêle sont du même type que celles du colon dans 7 cas sur 9 (1, 5, 6, 7, 22, 27), mais moins profondes, elles siégeaient uniquement au niveau de la muqueuse et de la sous-muqueuse ; c'est ainsi que nous avons noté une hypercrinie (cas 1 et 27), une congestion muqueuse et sous-muqueuse avec parfois oedème et ectasie capillaire (cas 6), un infiltrat inflammatoire lymphoïde (1, 5, 6) parfois dense et continu (22) ou associé à une fibrose débutante (7), des exulcérations (1, 5, 7). Les lésions étaient maximum dans le cas 13, homogènes mais plus profondes avec sclérose mutilante et rares nodules inflammatoires d'allure tuberculoïde évoquant plutôt une maladie de Crohn.

Dans 2 cas, les lésions du grêle étaient différentes de celles du colon (8 et 28). Dans le cas 8, l'histologiste notait sur le grêle une ulcération profonde atteignant la musculaire et surtout une sclérose inflammatoire sous-muqueuse et gangue scléreuse péri-iléale évoquant le Crohn, sur le colon par contre existait une hypervascularisation importante comme dans la C.U. avec des pseudo-polypes mais aussi comme dans le Crohn cicatrisé une mutilation scléro-inflammatoire de la paroi avec coulées lympho-plasmocytaires péri-vasculaires et une péri-colite importante, il n'existait pas de réaction sarcoïde caractéristique du Crohn. Dans le cas 28, les lésions du grêle étaient du type Crohn avec infiltration lymphoïde nodulaire péri-vasculaire, les lésions coliques "cicatricielles" banales.

CROHN et BROOKES ont suggéré l'hypothèse d'un reflux des sécrétions coliques infectées à travers la valvule de Bauhin incontinent (iléite par reflux) pour expliquer l'atteinte iléale plus ou moins localisée, ainsi cette iléite par reflux se rapprocherait des iléites ou des jéjunites infectieuses observées par CATTAN (dans sa monographie sur la recto-colite hémorragique, CATTAN R. cite un cas de jéjunite infectieuse au cours d'une recto-colite hémorragique). Sur nos 19 cas de pancolites sévères opérées, nous avons constaté au lavement baryté un reflux constant dans la dernière anse et seulement 9 cas d'iléite à l'examen histologique.

Pour expliquer des discordances, certes, il faut tenir compte du fait que le lavement baryté sous pression crée des reflux qui n'existent pas à l'état physiologique, mais GOUGIS. et BUSSON émettent une autre hypothèse basée sur des considérations anatomiques. Pour ces auteurs, lorsque les derniers centimètres de l'iléon et le colon droit ont une vascularisation et une irrigation intriquée, ils réagissent de la même façon et se trouve réalisée une maladie iléo-colique (iléite par contiguité) lorsqu'ils ont une vascularisation et une innervation indépendante, la maladie resterait localisée au colon. L'artériographie sélective du territoire mésentérique supérieur pourrait peut-être apporter des arguments en faveur de cette hypothèse.

Dans deux de nos cas (8 et 28), les lésions étaient différentes plutôt de type Crohn sur le grêle et complexes sur le colon ; l'interprétation de ces cas varie selon les auteurs : WARREN ET SOMMERS pensent qu'on peut toujours séparer la C.U. de la maladie de Crohn iléo-colique ; LUMB, au contraire, pense qu'il s'agit d'un même processus

frappant des secteurs différents de l'intestin. Ces faits se compliquent en raison de la possibilité d'association d'iléite terminale avec le C.U. (1 cas indiscutable rapporté par LOYGUE et GOUYGOU).

Cette iléité est muette cliniquement dans tous nos cas comme dans ceux de LOYGUE, FLORENT et GOT. Nous n'avons pas noté comme COUNSELL et BUSSON une évolution continue de la maladie colique lorsqu'il existait une atteinte iléale. Comme le suggère GOUGIS dans sa thèse, seul un examen radiologique complet (lavement baryté et transit du grêle) et systématique devant toute pancolite peut mettre en évidence cette extension iléale rétrograde (par reflux ou par contiguité) qui ne nécessite pas une exérèse étendue passant en tissu sain et en constitue pas en soi une indication opératoire. Dans tous nos cas opérés par LOYGUE nous n'avons pas observé, malgré des exérèses peu étendues, de troubles post-opératoires liés à l'iléité rétrograde.

B - GROUPEMENT HISTOLOGIQUE

Les lésions élémentaires se groupent de façon variable et nous avons réparti nos 23 cas en formes aiguës (5 cas) formes aiguës et subaiguës (10 cas), formes subaiguës (2 cas), forme chronique (1 cas), formes difficiles à classer (4 cas).

Nous n'avons pu classer le cas 26 à cause de l'absence d'un compte-rendu histologique détaillé.

I - LES FORMES AIGÜES (3, 5, 9, 10, 23).

L'examen macroscopique de toutes nos pièces a montré une paroi colique amincie, fragile, prête à se rompre dans

le cas 9 qui s'est compliqué de colectasie aiguë ; la muqueuse était congestive, ulcérée et hérissée de pseudo-polypes.

L'étude microscopique a mis en évidence des lésions jeunes de la muqueuse (hypercrinie, crypt-abcès particulièrement nombreux dans les cas 5, 10 et 23), une hypervascularisation très importante et diffusée à toute la paroi avec hémorragies et télangiectasie, une infiltration inflammatoire à cellules mononuclées avec fibrose jeune, l'absence de péri-colites.

II - LES FORMES SUBAIGÜES (2, 20)

L'examen des pièces anatomiques a montré une paroi épaissie et indurée la muqueuse est également déformée par les ulcérations et les pseudo-polypes moins turgescents. Dans ces cas, LUMB et PROTHEORE décrivent un aspect caractéristique appelé " ringworm effect", fait d'alternance de zones déformées par les ulcères et les pseudo-polypes et de zones lisses de muqueuse atrophique ; nous ne l'avons pas rencontré dans nos cas.

L'étude microscopique montre une nette tendance à la réparation épithéliale, l'hypervascularisation caractéristique des formes aiguës est ici modérée, le granulome inflammatoire est fait de lymphocytes, il existe une fibrose importante prédominant dans la sous-muqueuse et une sclérolipomatose particulièrement importante dans le cas 2.

Le cas 20 s'individualisait par l'importance de la suppuration.

.....

III - LES FORMES INTERMEDIAIRES

Tous les intermédiaires peuvent se voir entre les formes aiguës et subaiguës.

Nous individualiserons ce groupe pour insister sur le polymorphisme des lésions rencontrées au cours de la C.U. Les altérations aiguës et subaiguës découvertes s'associent en proportion variable.

En fait, les cas 1, 4, 6, 12, 24, 25, 27, sont à classer parmi les formes aiguës ; signalons que le cas 6 était une forme ulcéreuse pure sans aucune lésion proliférante.

Par contre, les cas 5, 14 et 15, méritent une place à part car les lésions aiguës et subaiguës paraissaient nettement séparées ; plus subaiguës et anciennes à gauche, plus aiguës et récentes à droite.

IV - LES FORMES CHRONIQUES

LUMB et PROTHEORE donnent de cette forme la description suivante : le colon est raccourci, d'aspect normal extérieurement, la muqueuse est lisse, atrophique, parfois remplacée par un tissu fibreux et il n'existe pas de pseudopolypes. L'examen microscopique montre un aspect quiescent ; la muqueuse est amincie et bouleversée dans son architecture : les glandes sont peu nombreuses et irrégulières, il existe parfois des zones d'épithélium "enterrées" dans la sous-muqueuse ; la paroi est détruite par la fibrose ; il existe un infiltrat lymphoïde responsable de l'aspect granité de la muqueuse, dans certains cas peut exister une hypervascularisation.

.....

Le cas 28 semble se rapprocher de cette description : la paroi colique épaissie est ensuite amincie depuis le colon transverse, il existe de très rares ulcérations uniquement situées à gauche et pas de pseudo-polypes.

L'histologie a montré une muqueuse atrophique amincie avec des signes de souffrance glandulaire, un granulome mononuclé pauvre, la musculuse et la sous-séreuse étaient peu modifiées, il existait une hypervascularisation localisée à la sous-muqueuse avec oedème. L'anatomo-pathologiste concluait à un stade cicatriciel.

Il faut signaler, en outre, chez cette malade un rétrécissement organique sigmoïdien et une iléite par reflux.

V - LES FORMES DIFFICILES A CLASSER.

Dans 3 cas, l'examen anatomique montrait qu'il s'agissait d'une atteinte iléo-colique (8, 13, 22) prévue par l'examen radiologique dans le cas 18.

Dans un cas (17), il s'agissait d'une pancolite sans atteinte iléale.

On connaît la possibilité d'association d'iléite terminale et de colite ulcéreuse, LOYGUD, FLORENT et GUYGOU, en 1959, ont rapporté une observation typique.

On connaît la possibilité de colite granulomateuse sans atteinte iléale (LOCKHART-MUNTERY en compte 50 cas sur 75 cas de Crohn iléo-colique) pouvant atteindre la totalité du colon.

Nous avons vu la possibilité d'atteinte iléale au cours des C.U.

.....

A propos de tous ces faits une question se pose, existe-t-il des signes endoscopiques, radiologiques et anatomiques spécifiques qui permettent de séparer la C.U. de la colite granulomateuse ?

- 1) La rectoscopie n'a montré, dans aucun de nos cas, d'aspect typique de C.U. ; dans le cas 8, existait une ou deux exulcérations sur une muqueuse normale.

Dans le cas 13, la muqueuse était pâle oedémateuse et mammelonnée se rapprochant de l'aspect "en pavé" décrit par LOCKHART-MUITERY et MORSON. Le cas 22 présentait dans le bas du rectum une muqueuse oedémateuse pâle avec deux petits polypes et une exulcération, au niveau du cap sigmoïdien la fragilité et le saignement évoquaient la C.U. Dans le cas 17, on notait une ulcération anale abcédée (les lésions périnéales sont classiquement plus fréquentes au cours de la colite granulomateuse), et quelques exulcérations sur une muqueuse pâle.

Dans aucun de ces cas, la biopsie rectale ne permettait d'orienter le diagnostic ne montrant ni les signes de la C.U. décrits par RACHET, BUSSON et DELARUE, ni la réaction sarcoïde caractéristique de la colite granulomateuse.

- 2) L'étude radiologique nous a fourni des renseignements disparates.

L'évolution descendante des lésions évocatrices de colite granulomateuse est suggérée par la clinique dans le cas 13 (hémicolectomie droite pour tuberculose probable ce qui laisse penser que les lésions étaient segmentaires droites puis évoluaient de façon descendante sur la totalité du colon); dans le cas 17, on a noté une évolution ascendante, dans le cas 8 au cours d'une pancolite est apparue

une atteinte iléale. La topographie segmentaire des lésions avec plusieurs localisations séparées par des zones saines évocatrices du Crohn colique est retrouvée dans le cas 22 (voir étude radiologique).

Nous n'avons jamais observé les formations pseudo-diverticulaires que D. CATTAN, dans sa thèse, considère comme importantes pour le diagnostic de colite granulomateuse (elles sont liées, comme l'écrit CATTAN, à la présence de plaques de fibrose disséminées, d'où l'aspect asymétrique de la dilation du colon sous la pression du lavement baryté) ; par contre, le colon était tubulé de façon uniforme avec brachycolie (cas 8) associée à une microcolie (cas 3).

Nous n'avons pas retrouvé les aspects en pavé de rue grossier, évocateur de colite granulomateuse, mais, au contraire, dans le cas 8 des lacunes multiples juxtaposées réalisant l'aspect vermoulu si spécial de la C.U. Dans le cas 17, les images en fusée évoquent des fissures pariétales du Crohn colique.

- 3) L'étude anatomique nous a permis dans le cas 17 de porter le diagnostic de colite granulomateuse sur la présence de nombreux follicules pseudo-tuberculeux, mais il existait une hypervascularisation nette et les ulcérations étroites n'étaient pas vraiment fissuraires (ébauchant des trajets fistuleux) comme au cours de la maladie de Crohn. Dans tous les autres cas, il n'existait pas de nodules pseudo-tuberculeux caractéristiques.

L'hypervascularisation caractéristique de la C.U. était présente dans les cas 8, 13 et 17, absente dans le cas 22.

Les pseudo-polypes pédiculés et très allongés observés dans le cas 8 n'ont pas le même aspect que ceux

rencontrés habituellement dans la colite granulomateuse. Dans la colite granulomateuse, les ulcérations étroites fissuraires aboutissent à des fistules pariétales mais jamais à des décollements muqueux importants en pont dont la rupture, nous l'avons vu, est à l'origine de formations polypoïdes allongées digitiformes.

Une mutilation scléro-inflammatoire importante et diffuse avec périocolite évoquant le Crohn cicatrisé est rencontrée dans les cas 8 et 13, mais elle peut se voir dans les C.U. évoluées.

- 4) Au total, 3 observations sont difficiles à classer (8, 13 et 22), ces malades étaient porteurs d'une affection évoluant respectivement depuis 64 mois, 96 mois et 53 mois et comme le fait remarquer DE LA VAYSSIÈRE, dans sa thèse, les lésions évoluées perdent toute spécificité mais ce n'est pas une raison pour nier l'existence de deux processus inflammatoires distincts (colite ulcéreuse et granulomateuse). MUMFERY et MORSON parlent dans ces cas de "colites inclassables".

VI - LES DILATATIONS AIGÜES TOXIQUES.

Nous en avons observé 2 cas (9 et 24).

Nous éliminerons de ce cadre le n° 3 qui, pourtant à l'intervention, présentait une dilatation colique considérable nécessitant des ponctions évacuatrices avant tout autre geste, car il ne présentait pas de signes graves, toxi-infectieux.

De nombreux cas furent publiés aux Etats-Unis (MARSHAK et collaborateurs, MADISON et BARGEN, ROTH et BOCKUS, SIMPSON et WALKER) et en Angleterre (7 cas en 1955

par LUMB et collaborateurs). En France, ARNOUS publia le premier cas, puis LOYGUE et GOT d'une part, CACHIN et Collaborateurs d'autre part..

Cet accident aigu peut survenir au cours de la première poussée (cas 9) ou se greffer sur une colite plus ancienne (cas 24 évoluant depuis 26 mois).

Nous avons noté dans le cas 9 des perforations coliques.

Ces colectasies aiguës n'ont pas de support anatomique particulier et nous les reverrons à propos des corrélations anatomo-radiologiques.

CORRESPONDANCE RADIOLOGIQUE ET ANATOMIQUE

Notre but est de confronter les aspects radiologiques observés sur le lavement baryté, avec l'anatomie macroscopique des pièces d'exérèse chirurgicales ou d'autopsie et les aspects endoscopiques.

DICK et Collaborateurs essaient d'établir une corrélation entre la radiologie et l'anatomie. WALKER T.C. en 1965 affirme que certains aspects radiologiques traduisent des lésions irréversibles.

Le délai variable, noté entre les documents radiologiques et l'étude de la pièce anatomique, rend cette confrontation d'autant plus difficile que la colite ulcéreuse peut détruire le colon en quelques jours ; c'est ainsi que le cas n° 15, présentait des anomalies radiologiques mineures et localisées au recto-sigmoïde, alors que 39 jours plus tard, l'examen de la pièce opératoire montrait des ulcérations profondes irrégulières, isolant des ponts muqueux turgescents et oedématisés.

Dans ces cas de colite ulcéreuse en poussée aiguë, lorsque le diagnostic est certain, nous hésitons à répéter les examens radiologiques qui sont inutiles et non dépourvus de risques.

Le moule baryté des pièces anatomiques d'extérèse ou d'autopsie ne présente qu'un intérêt rétrospectif et mineur. En effet, le tonus et la dynamique du colon interviennent, pour une grande part, dans la création des aspects radiologiques ; nous l'avons pratiqué dans le cas n° 5, qui présentait sur le lavement baryté un aspect de double contour en addition avec des images lacunaires des faces du sigmoïde, la radio de la pièce était très décevante.

A propos de chaque aspect radiologique décrit, nous tenterons d'établir une correspondance lésionnelle réversible

.....

ou non ; puis, nous confronterons dans les cas possibles l'extension des lésions sur les radios et sur les pièces ; enfin, nous tenterons une classification anatomo-radiologique.

A - CONFRONTATION RADIOLOGIQUE ET ANATOMIQUE

I - MODIFICATIONS DE LA SURFACE COLIQUE -

1) Les anomalies mineures.

La mauvaise application de la baryte sur les parois coliques oedématisées, saignantes et recouvertes de sécrétions muco-purulentes, semble expliquer les aspects radiologiques réversibles suivants : aspect homogène des faces légèrement dégradé vers les bords, qui ont un aspect gommé en demi-teinte sur les clichés en réplétion, aspect finement moucheté des faces sur les clichés en évacuation, liseré de sécurité d'épaisseur inégale à l'insufflation, fines indentations des bords.

C'est au niveau du recto-sigmoïde que les lésions mineures sont le plus souvent rencontrées et cette région permet facilement une comparaison endoscopique et radiologique. Dans les cas 15, 19, 23 et 26 la rectoscopie montrait une muqueuse saignante, recouverte de muco-pus et même oedématisée (23), sans ulcération. Sur les clichés existait un aspect grignoté et gommé des bords avec mouchetures des faces (26). Inversement dans le cas 22 où l'endoscopie montrait une muqueuse normale à part des exulcérations peu nombreuses le recto-sigmoïde présentait des bords linéaires nettement dessinés et un relief muqueux normal.

.....

L'effacement du dégradé et la réapparition du relief muqueux et d'un liseré fin tracé au compas dans le cas n° 3, permettrait d'affirmer la reconstitution d'une muqueuse normale ce que la rectoscopie a confirmé.

Dans les cas 16 et 26, nous avons noté sur les clichés en évacuation, à la place de l'aspect en mailles de filet du relief muqueux normal des plis longitudinaux épais et parallèles à l'axe de l'intestin au niveau du transverse et du descendant (26), du rectum (26). Nous pensons que ce plissement longitudinal correspond à un état oedémateux de la muqueuse ; dans le cas n° 26, en effet, la rectoscopie a montré une muqueuse oedémateuse obturant plus ou moins la lumière du tube avec une simple fragilité au contact du porte-coton, sans saignement spontané, ni enduit muco-purulent comme le laissaient prévoir les bords du rectum nets et bien dessinés sur les clichés.

Pour mettre en évidence toutes ces anomalies mineures, superficielles de la muqueuse recto-colique, NELLIN et BRAHME préconisent la méthode du double contraste, qu'ils ont modifiée.

2) Les anomalies majeures.

Les ulcérations et les pseudo-polypes constituent les accidents majeurs du relief muqueux.

a) Les aspects radiologiques correspondants aux ulcérations sont polymorphes et varient selon la profondeur des lésions.

L'aspect en "bouton de chemise" ou pseudo-diverticulaire rencontré dans trois cas (3, 12, 20) correspond à des collections suppurées (abcès cryptiques confluents)

.....

qui en se drainant dans la lumière intestinale formeront des ulcérations creusantes atteignant la musculieuse.

La confluence de ces images pseudo-diverticulaires réalise l'aspect de double contour en addition, encore appelé double contour pariétal par WELLIN et BRAHME (la limite interne est tracée par ce qui reste de la muqueuse, la limite externe par la baryte contenue dans les ulcérations profondes) ; nous avons observé cet aspect dans les cas 3, 5, 9 et 12. WALKER pense que la réparation de "ces lacunes infectieuses confluentes" est improbable et prône l'intervention précoce ; chez nos malades 5, 9 et 12, la poussée de colite ulcéreuse nécessita l'intervention (le cas 9 se compliqua de colectomie aiguë), seul le malade 3 guérit de sa poussée (il fut opéré deux ans plus tard). Comme cet auteur, nous avons été frappés à l'examen de la pièce par l'existence de lésions plus étendues que le laissait supposer la radio.

Lorsque les ulcérations sont plates, peu profondes, elles passent inaperçues sur les clichés ; ce fut le cas chez 5 de nos malades (6, 13, 14, 22 et 28) et l'examen histologique a montré qu'elles n'atteignaient pas la musculaire muqueuse.

Dans les cas 7, 17 et 18, les ulcérations bien que très profondes atteignant parfois la sous-séreuse (8), n'étaient pas visibles sur les clichés probablement masquées par les nombreux pseudo-polypes associés (cas 7 et 8), les lambeaux de muqueuse turgescents (17).

En conclusion, les lésions ulcéreuses nous semblent être sous-estimées par l'examen radiologique, soit trop superficielles pour être vues, soit moins profondes et moins étendues que sur les pièces, soit masquées par une nappe de pseudo-polypes.

.....

- b) Le contraste entre l'épaississement de la muqueuse et les ulcérations est responsable selon ROTH J. LA des aspects radiologiques de pseudo-polypes.

Nous avons rencontré deux aspects différents. Dans le premier groupe (1, 3, 5, 8, 24, 27), les faces coliques présentaient des lacunes à contours déchiquetés (réalisant des images en "pavé de rue"), correspondant sur les pièces anatomiques à des larges lambeaux de muqueuse isolés par des couloirs ulcéreux linéaires réunis par des sillons transversaux. Dans le second groupe, les images lacunaires petites, multiples et régulières, arrondies, donnent un aspect de double contour en soustraction des bords (4, 7, 10, 14, 20, 25) ou aérolaires des faces (7, 20) semblant correspondre plus volontiers sur les pièces à des pseudo-polypes granulomateux ou à de nombreuses ulcérations polycycliques isolant des élevures muqueuses. Dans ces cas l'aspect radiologique peut se rapprocher de la polypose familiale colique qui se différencie par : l'existence de polypes plus volumineux et pédiculés (pédicule parfois visible sur les clichés) et surtout, comme le font remarquer CATTAN, HAWKES et SHEELD, par l'absence de signes associés évoquant la colite ulcéreuse (parois souples et expansion colique normale sans micro-colie, conservation de la segmentation haustrale).

Pour F.C. WALKER les pseudo-polypes correspondent à des lésions histologiques irréparables et sont parfois visibles sur les clichés sans préparation lorsque le colon est pneumatiqué.

Tous nos malades porteurs de lésions polypoïdes sur les clichés furent opérés, sauf 3 (11, 18 et 19).

.....

Comme WELLIN et BRAHIE nous avons vu que les pseudo-polypes appraissent rapidement ; ils étaient présents après 27 jours d'évolution dans le cas 10. Dans tous les cas, sauf un (23), où nous avons noté sur les pièces opératoires des pseudo-polypes, ils étaient visibles sur les clichés.

II - MODIFICATIONS DU TONUS ET DE LA MOTRICITE -

- 1) Les spasmes intermittents, les images en chapelets de saucisses, variable d'un cliché à l'autre et d'une série à l'autre correspondent à des troubles du tonus et de la motricité de ce colon inflammatoire. Jamais nous n'avons observé ces aspects associés à des lésions majeures organiques (ulcérations, polypes).
- 2) La dilatation aiguë toxique du colon est survenue chez 2 de nos malades (9 et 24). Ce syndrome clinique et radiologique ne semble pas avoir de support anatomique particulier. Nous n'avons pas constaté de rétrécissement spasmodique ou organique en aval des zones dilatées. Dans le cas 24, les plexus nerveux intra-pariétaux étaient hypertrophiés, réalisant un véritable névrome, mais nous avons retrouvé également cette hyperplasie dans 2 cas (7 et 13), qui ne présentaient pas de colectasie. Rappelons que BOCKUS en 1956 rattachait cette colectasie à l'absence totale de plexus nerveux, fait qui n'a pas été vérifié par SAMPSON et WALKER sur 14 cas étudiés. La colectasie pour LUMB est secondaire à la destruction profonde de la couche musculieuse ; cette couche était en voie de nécrobiose dans le cas n° 9 et détruite presque totalement dans le cas n° 24, remplacée par un tissu scléreux lâche ; mais ces lésions profondes sont fréquentes, nous l'avons vu au cours des colites ulcéreuses graves sans colectasie.

.....

Devant l'absence de lésions anatomiques, caractéristiques dans nos 2 cas, nous pensons avec la majorité des auteurs français, que la colectasie est un trouble dystonique secondaire à une atteinte du système nerveux autonome (hypothèse basée sur les travaux de REILLY). Cette irritation neuro-végétative expliquerait certains cas d'évolution favorable sans intervention chirurgicale (WOLF et MARSHAK, BOCKUS, CACHIN, PERGOLA et SAFAVIAN) et la possibilité de rechutes (MARSHAK, LOYGUE). La survenue de complications locales (perforation) dépendrait alors des lésions pariétales antérieures créées par la C.U.

La colectasie n'est donc pas toujours irréversible en l'absence de traitement chirurgical précoce comme l'a affirmé ARNOUS en 1960. En l'absence de complications locales (perforations, péritonite par diffusion) et si le malade est vu très tôt, la simple décompression du colon (soit simple iléostomie, soit simple intubation) est préconisée par SIMON. Nos 2 cas ont été opérés par LOYGUE, le cas 9 était compliqué de perforations.

III - MODIFICATIONS DE LA SEGMENTATION HAUSTRALE -

La segmentation haustrale était constamment modifiée au cours de nos colites ulcéreuses, tantôt raréfiée et peu marquée (6, 26), tantôt "inversée" (3, 5), tantôt alternée (23), tantôt disparue, sans modification du calibre rectal, donnant au colon un aspect tubulé (1, 2, 10, 12, 15, 17). Ces aspects peuvent se succéder sur le même colon, et dans certains cas, nous avons vu réapparaître sur certaines zones une segmentation normale (cas 14 et 22), ce qui laisse supposer que ces modifications sont le fait de troubles du tonus colique (l'hypertonie colique entraînant la disparition des haustrations) ou de phénomènes congestifs oedémateux (aspect empâté, inversé) réversibles.

.....

Dans toutes les zones du colon, où se retrouvaient des altérations majeures (aspect pseudo-polypoïde, modification du calibre et de la longueur, double contour), la segmentation haustrale absente de façon permanente témoignait d'une atteinte importante de la muqueuse. F.C. WALKER, à l'examen des pièces anatomiques, a constaté dans ces cas la destruction de l'épithélium et une fibrose extensive.

IV - MODIFICATIONS DU CALIBRE ET DE LA LONGUEUR -

1) La microrectie

La microrectie n'a pas une signification univoque. Dans les cas 5 et 7, elle semble relever d'une hypertonie rectale ; en effet, d'une part on ne notait aucun rétrécissement lors de la rectoscopie et surtout l'examen de la pièce anatomique (10 centimètres de recto-sigmoïde dans le cas 5, réopéré pour rétablissement de la continuité après exérèse colique et colostomie provisoire ; rectum entier dans le cas 7 réopéré pour rectorragies incoercibles) a montré un rectum de calibre et d'épaisseur normaux, sans périrectite. Dans les cas 20 et 25 par contre, la microrectie correspondait anatomiquement à une périrectite importante. Inversement dans le cas n° 12, il existait une infiltration périrectale et le calibre du rectum était normal sur les clichés. La microrectie n'est donc pas toujours la traduction de lésions irréversibles.

L'étude de l'espace retro-rectal selon une technique préconisée par JOSÉ MARTIN JOB, pourrait apporter des renseignements utiles. Dans le cas n° 21, le lavement baryté standard montrait un élargissement marqué de l'espace rétro-rectal. Ce malade n'a pas été opéré, mais la

biopsie rectale a montré une infiltration inflammatoire importante du chorion de la muqueuse avec début de sclérose.

2) La microcolie isolée (7, 22, 23, 25)

ou associée à une brachycolie (12, 14) correspond sur les pièces anatomiques dans tous les cas à un colon épaissi, induré, rétracté par la sclérose à prédominance sous-muqueuse avec une péri-colite importante (14, 23). Le colon dans ces cas se laisse opacifier passivement comme un tube inerte avec de petites quantités de baryte introduites sans pression notable. Cette microcolie constitue une lésion irréversible.

3) Rétrécissements segmentaires

Dans le cas 28, outre la microcolie et la brachycolie, il existait un rétrécissement organique permanent sur les clichés correspondant à une zone de sclérose inflammatoire importante de la sous-muqueuse.

F.C. WALKER considère ces rétrécissements comme irréversibles et conseille l'intervention pour écarter l'éventualité d'un cancer qui doit être systématiquement soulevée dans ces cas. Pour cet auteur, lorsque le rétrécissement est bénin, il se forme une dilatation sus-structurale.

Dans notre cas, l'examen histologique a montré l'absence de dégénérescence. En outre, nous avons noté chez cette malade une iléite par reflux, qui doit être recherchée par principe lorsqu'il existe un rétrécissement segmentaire.

.....

B - EXTENSION DES LÉSIONS

Quand le lavement baryté a été pratiqué un temps raisonnable avec l'intervention, il nous a permis de délimiter avec assez de précision l'étendue des lésions, sauf dans 2 cas (5 et 23), où elles sont apparues plus étendues.

C - CLASSIFICATION ET CORRESPONDANCES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Avec notre Maître M. CONTE, JOURDE et BOUSKELA, nous avons tenté de classer les colites ulcéreuses en fonction de l'aspect radiologique et de prévoir dans la mesure du possible les lésions anatomiques.

- 1) Les formes simples ne sont que citées, car nous avons retenu pour cette étude anatomique et radiologique des colites ulcéreuses opérées, donc graves. Les clichés montrent une hypertonie avec modification de la segmentation haustrale qui peut disparaître ; les faces du colon sont homogènes, dégradées vers les bords, avec de fines indentations ; le relief muqueux s'efface ou se réduit à deux plis longitudinaux. Les lésions anatomiques sont mineures et se réduisent à une congestion importante de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Le cas 17 entrerait dans cette catégorie et l'artériographie a bien mis en évidence des lésions congestives. Nous avons rencontré plusieurs fois ces anomalies dans les autres cas au niveau de l'ampoule rectale, où siègent les lésions moins profondes.

Dans les cas 6 et 23, les clichés évoquaient une forme simple, mais l'étude anatomique a montré des ulcérations purement muqueuses avec fin chevelu polypoïde dans le cas 23.

.....

Dans le cas 13, le colon était tubulé et raccourci avec des bords nets, tracés au compas et des faces homogènes ; sur la pièce opératoire existaient des ulcérations suppurées étroites.

2) Les formes ulcéreuses pures

Elles sont donc sous-estimées par l'étude radiologique comme nous le montrent les trois cas précédents.

Quand les ulcérations sont assez profondes pour être visibles sur le lavement baryté, elles sont rarement isolées, mais sculptent des lambeaux de muqueuse ou créent des décollements muqueux responsables le plus souvent de formations polypoïdes.

- 3) Les formes ulcéro-proliférantes sont les plus nombreuses, comme le montre notre série.
- 4) Les formes atrophiques se caractérisent par un colon raccourci et rétréci avec des faces homogènes, limitées par des bords nets (véritable pneumatique). L'examen anatomique montre des parois coliques indurées, souvent épaissies, avec une muqueuse lisse, atrophique, parfois remplacée par la fibrose. Dans le cas 28, les aspects radiologiques étaient inchangés depuis plusieurs années et l'intervention pratiquée en raison d'un rétrécissement sigmoïdien et des lésions iléales a montré des lésions coliques cicatricielles.

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATIONS N° 1CHA..... M. - 59 ans

- diarrhée sanglante et purulente.
- amaigrissement de 10 kg, fébricule à 38°.
- abcès du poumon
- rectoscopie : hémorroïdes, pus, ulcérations en bande, polypes.
- biopsie : aspect de C.U. subaiguë
- lavement baryté : extension au recto-sigmoïde. Lésions : lacunes, disparition du relief muqueux.
- artériographie : mésentérique inférieure : artérioles normales, liseré pariétal épaissi, retour veineux à la 8ème seconde.
- pièce opératoire : C.U. subaiguë atteignant la totalité du colon - pseudo-polypes disséminés. Hypervascularisation - suppuration.

Conclusion :

C.U. proliférante subaiguë évoluant depuis 7 mois d'une seule tenue.

OBSERVATION N° 2FRA..... M. - 35 ans

- diarrhée glaire-sanglante - arthralgies métacerpiennes.
- fébricule - amaigrissement.
- rectoscopie : muqueuse fragile saignante et purulente, ulcérations creusantes, polypes, abcès sphinctérien.
- lavement baryté : extension du rectum au tiers gauche du transverse. Lésions : dystonie, ulcérations (aspect grillagé et spicules des bords), lacunes peu nombreuses.
- pièce opératoire : C.U. totale avec sclérolipomatone péri-colique et lésions proliférantes.

Conclusion :

C.U. proliférante subaiguë évoluant depuis 7 mois d'une seule tenue.

OBSERVATION N° 3

COU..... M. 23 ans

- diarrhée glairo-sanglante et purulente (3ème poussée)
- arthrite des genoux - pustules cutanées
- fébricule à 38° - amaigrissement de 13 kg
- rectoscopie : fragilité, saignement, fausses membranes, ulcérations, polypes sur le cap sigmoïdien.
- lavement baryté : extension au recto-sigmoïde puis extension à la totalité du cadre colique avec régression au niveau du rectum.

Lésions : dystonie, anomalies mineures du recto-sigmoïde, ulcérations (aspect en bouton de chemise, double contour en addition), lacunes du transverse et du colon ascendant.

- biopsie rectale : aspect évoquant la recto-colite hémorragique.
- pièce opératoire : C.U. aiguë atteignant tout le cadre colique et le grêle, dilatation colique, lésions homogènes ulcéreuses et proliférantes (polypes allongés).

CONCLUSION :

Colite aiguë ulcéreuse et proliférante à rechute
(3 poussées) évoluant depuis 2 ans $\frac{1}{2}$ environ.

OBSERVATION N° 4CAN..... F. 26 ans

- diarrhée glairo-sanglante et **purulente**.
- fébricule, amaigrissement de 10 kg - anémie.
- hydrothorax, oedème des membres inférieurs (hyposérinémie majeure à 15 g par litre)
- rectoscopie : muqueuse fragile saignante et recouverte de plaques purulentes.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique.
Lésions : microrectie - anomalies mineures du recto-sigmoïde -
ulcérations - aspect de double contour en soustraction.
- iléostomie - décès - Pièce : colite aiguë ulcéreuse et proliférante atteignant tout le cadre colique.

Conclusion :

C.U. et proliférante aiguë évoluant d'une seule tenue depuis 1 an environ.

OBSERVATION N° 5CAN..... F. 31 ans

- diarrhée sanglante avec parfois présence de glaires et de pus - évoluant de façon chronique depuis 2 ans et demi.
- fébricule et discret amaigrissement.
- rectoscopie : fragilité muqueuse avec saignement discret et fausses membranes (fistule anale).
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique.
Lésions : modifications des haustrations, hypertonie, micro-rectie avec dégradé des bords et moncheté des faces, ulcérations et proliférations.
- pièce opératoire : C.U. aiguë atteignant la totalité du cadre et le grêle avec hypervascularisation marquée.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative évoluant depuis 2 ans et demi.

OBSERVATION N° 6HUE..... F. - 42 ans

- diarrhée glaireuse et peu sanglante avec douleurs abdominales et météorisme (depuis 4 ans crises diarrhéiques tous les 2 mois).
- fièvre oscillante avec état cachectique.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique.
Lésions : altération de la segmentation haustrale - moucheté et dégradé des bords du recto-sigmoïde - intolérance colique majeure - disparition du relief muqueux.
- pièce opératoire : lésions diffuses et monomorphes, exulcérations muqueuses, épaississement scléro-inflammatoire de la paroi et hypervascularisation marquée.

CONCLUSION :

C.U. aiguë évoluant par poussée depuis 4 ans.

OBSERVATION N° 7COM..... M.

- diarrhée glaireuse avec sang en abondance et coliques abdominales (5ème poussée).
- fébricule.
- rectoscopie : muqueuse saignante et recouverte de fausses membranes avec exulcérations.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique -
Lésions : segmentations haustrales modifiées puis disparues, aspect ulcéro-prolifératif puis uniquement prolifératif.
- pièce opératoire : colite ulcéreuse étendue plus aiguë à droite qu'à gauche, avec lésions polypoïdes multiples et petites prédominant à droite.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse proliférative à rechute évoluant depuis 4 ans et 3 mois avec lésions plus subaiguës à gauche.

OBSERVATION N° 8GER..... F. - 47 ans

- diarrhée glaireuse et purulente, non sanglante (5ème poussée depuis 5 ans et 4 mois).
- fièvre élevée avec altération considérable de l'état général.
- troubles psychiques (épisodes délirantes), foyer pulmonaire droit.
- rectoscopie : une exulcération du canal anal et du rectum sur une muqueuse normale.
- biopsie rectale : rectite subaiguë non spécifique.
- lavement baryté : extension à la totalité du colon et dernière anse grêle. Lésions : atonie colique, brachycolie, aspect ulcéro-prolifératif puis prolifératif simple.
- pièce opératoire : Sur le grêle lésion type Crohn. Sur le colon lésions complexes : hypervascularisation et pseudo - polypes, mutilation scléro-inflammatoire sévère et profonde avec péri-colite importante.

CONCLUSION :

Iléo-colite à rechute évoluant depuis plus de 5 ans, difficile à classer.

OBSERVATION ° 9BEL..... F. - 39 ans

- diarrhée sévère, peu sanglante et glaireuse.
- fièvre élevée
- troubles psychiques - nodules cutanés érythémateux
- rectoscopie : muqueuse rectale normale, écoulement purulent venant du sigmoïde.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique (sauf le transverse)
Lésions : ulcérations isolées (spicule et double contour en addition).
- survenue d'une dilatation aiguë toxique imposant l'intervention.
- pièce opératoire : forme très aiguë avec colectasie et paroi très amincie et fragile, ulcérations creusantes et hypervascularisation marquée surtout au niveau des lambeaux de muqueuse restants.

CONCLUSION :

C.U. aiguë évoluant d'une seule tenue depuis 2 mois avec dilatation aiguë, toxique.

OBSERVATION N° 10VAS..... M. - 35 ans

- diarrhée purulente et très peu sanglante depuis 48 jours.
- fièvre à 38° avec amaigrissement de 20 kgs, troubles psychiques.
- rectoscopie : muqueuse fragile avec piqueté hémorragique spontané et pus en abondance - abcès de l'anus.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique.
Lésions : segmentation haustrale peu marquée, dystonie, spicules des bords du recto-sigmoïde et aspect de double contour en soustraction du descendant.
- pièce opératoire : colite ulcéreuse et proliférative aiguë ; les ulcérations sont diffuses, inflammatoires et évolutives ; l'hypervascularisation est très marquée.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative aiguë évoluant depuis 48 jours.

OBSERVATION N° 11MOI..... M. - 55 ans

- diarrhée glaireuse, purulente et peu sanglante.
- fièvre à 38°
- pelvi-spondylite
- rectoscopie : muqueuse granitée fragile, saignante, purulente avec ulcération et petits polypes à 4 cm.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre.

Lésions : disparition des haustrations, microcolie du recto - sigmoïde et du descendant, aspect dégradé du recto-sigmoïde, aspect ulcéreux (créniaux) puis ulcéro-prolifératifs (bords effilochés et double contour en soustraction du descendant) enfin prolifératif.

- artériographie : territoire mésentérique supérieur : épaississement du liseré pariétal, retour veineux à la 8ème seconde, territoire mésentérique inférieur aspect typique de C.U.

CONCLUSION .:

Colite ulcéro-proliférative évoluant d'une seule tenue depuis 7 mois.

OBSERVATION N° 12DIA..... M. - 47 ans

- diarrhée peu sanglante avec fièvre à 38° et altération de l'état général.
- rectoscopie : muqueuse saignante et purulente avec quelques ulcérations superficielles.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre colique.
Lésions : disparition des haustrations, aspect dégradé du recto-sigmoïde avec indentations, ulcérations (image en bouton de chemise et double contour en addition) et aspect non homogène des faces.
- pièce opératoire : ulcération colique étendue isolant des ponts muqueux saillants avec hypervascularisation (aspect subaiguë).

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse aiguë évoluant d'une seule tenue depuis 27 jours.

OBSERVATION N° 13SAN..... F. - 26 ans

- diarrhée glaireuse, purulente et très peu sanglante. Pendant 8 ans 7 périodes diarrhéiques oscillant de 90 jours à 15 jours étiquetées successivement appendicite (exérèse), tuberculose iléo-cæcale (hémi-colectomie droite, l'histologie ne confirme pas le diagnostic), amibiase (traitement anti-amibien), puis colite ulcéreuse (corticothérapie puis électro-coagulation préfrontale).
- arthralgies - insuffisance surrénale fonctionnelle.
- fébricule et amaigrissement de 10 kgs.
- rectoscopie : muqueuse pâle, mamelonnée avec 2 exulcérations sans fragilité ni saignement.
- biopsie rectale : rectite subaiguë (infiltration inflammatoire du chorion)
- lavement baryté : extension au colon gauche restant.
Lésions : (la progression des lésions est descendante), aspect tubulé du colon avec microcolie et brachycolie, faces coliques homogènes et bords nets sans images d'addition ni de sous-traction.
- pièce opératoire : atteinte du grêle et du colon restant.
Ulcérations étroites et suppurées, pas d'aspect polypoïde, énorme sclérose sous-muqueuse et musculieuse avec nodules lymphocytaires parfois tuberculoïdes, hypervascularisation importante, pas de lésions sous-séreuses.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse difficile à classer évoluant depuis 96 mois.

OBSERVATION N° 14GHE..... F. - 34 ans

- diarrhée sanglante peu importante (3ème poussée)
- fièvre à 38° avec amaigrissement de 8 kgs.
- rectoscopie : muqueuse fragile et recouverte de pus par place - hémorroïdes.
- lavement baryté : extension des lésions du rectum au colon transverse puis à la totalité du cadre.
Lésions : haustrations modifiées puis disparues, microcolie et brachycolie, aspect ulcéreux (crenelure) ulcéro-prolifératif (crenelure et double contour en soustraction) puis prolifératif (aspect vermoulu des faces du colon).
- pièce opératoire : rétraction et induration des parois, ulcérations, fines élevures vermiculaires - lésions plus récentes et aiguës à droite, subaiguës à gauche.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative à rechute (3) évoluant depuis 33 mois, subaiguë à gauche, plus récente à droite.

OBSERVATION N° 15CEL..... M. - 41 ans

- diarrhée sanglante glaireuse et purulente (3ème poussée)
- fièvre oscillante à 39° avec altération de l'état général.
- rectoscopie muqueuse fragile, granitée et saignante au contact - thrombose hémorroïdaire, fissure anale avec décollement.
- lavement baryté : lésions limitées au recto-sigmoïde et peut-être au descendant. Dégradé rectal et plissement congétudinal du colon descendant.
- pièce opératoire : colon gauche, rétracté, colon droit très dilaté. Ulcérations irrégulières et hémorragiques, pseudo-polypes fins et nombreux, hypervascularisation très importante, périocolite modérée.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative à rechute (3) évoluant depuis 12 mois, plus ancienne à gauche qu'à droite.

OBSERVATION N° 16PIL..... M. - 27 ans

- diarrhée sanglante avec discrète altération de l'état général.
- rectoscopie typique de C.U. : muqueuse saignante, fragile et granitée avec présence de pus.
- lavement baryté : extension des lésions au rectum qui manque d'expansion et a perdu ces incisures, plissement longitudinal du descendant.
- artériographie simple, épaissement du liseré pariétal.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse localisée au recto-sigmoïde - 1ère poussée, forme mineure.

OBSERVATION N° 17FAR..... M. - 24 ans

- diarrhée sanglante et glaireuse (3ème poussée)
- fièvre oscillante à 38° et amaigrissement.
- rectoscopie : muqueuse pâle et atrophique avec quelques ulcérations à 13-18 cm - fistules anales dans les antécédents - ulcération creusante de la région anale.
- lavement baryté : extension des lésions d'abord localisées au rectum ; au sigmoïde et au descendant s'étendent au transverse.
Lésions : aspect tubulé du colon avec lacunes du descendant.
- artériographie de la mésentérique inférieure : hypovascularisation artériolaire modérée, retour veineux précoce et massif sur le descendant.
- pièce opératoire : ulcérations plus profondes à gauche isolant des lambeaux de muqueuse, hypervascularisation marquée, nodules folliculaires pseudo-tuberculoïdes.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse granulomateuse évoluant depuis 36 mois avec 3 poussées sur un fond de chronicité.

OBSERVATION N° 18DES..... - 20 ans

- diarrhée peu sanglante
- fièvre à 39° avec amaigrissement
- rectoscopie muqueuse saignant en nappe.
- lavement baryté : extension au rectum, sigmoïde et colon descendant puis régression complète.

Lésions : colon tubulé avec aspect de double contour en soustraction.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative évoluant depuis 1 mois avec régression quasi-complète.

OBSERVATION N° 19LEP..... F. - 53 ans

- diarrhée sanglante et purulente avec amaigrissement discret - coliques et épreintes.
- rectoscopie : muqueuse fragile par place, ne saignant pas mais recouverte de pus et exulcérée.
- lavement baryté : extension d'abord au recto-sigmoïde et au colon descendant, puis à la totalité du cadre colique.

Lésions : perte des haustrations avec microcolie et images lacunaires du recto-sigmoïde régressives - Forme atrophique.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse évoluant par poussées depuis 10 ans, non opérée, forme atrophique probable.

OBSERVATION N° 20LEP..... M. - 45 ans

- diarrhée sanglante et très purulente (5ème poussée).
- fièvre à 40° avec altération de l'état général.
- arthralgies des doigts, épisclérite, phlyctènes cutanées suppurées.
- rectoscopie muqueuse fragile, saignante et surtout purulente avec polypes peu nombreux - fissure à fond bourgeonnant.
- biopsie : inflammation non spécifique.
- lavement baryté : extension au recto-sigmoïde -
Lésions : colon tubulé avec abcès en bouton de chemise et aspect lacunaire.
- pièce opératoire : calibre du colon normal, ulcérations suppurées, polypes inflammatoires, hypervascularisation modérée. La coupe passe au tissu malade. Nouvelle exérèse 11 mois plus tard, lésions identiques sur tout le cadre colique restant.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative subaiguë suppurée évoluant par poussées (7) depuis 25 mois.

OBSERVATION N° 21LAP..... M. - 52 ans

- diarrhée très sanglante et glaireuse, épisode analogue en 1945, récursive par poussées de 55 à 57, épisode subaigu de 63 à 66 avec poussées sur un fond diarrhéique permanent.
- amaigrissement massif de 20 kgs.
- rectoscopie : muqueuse granitée et fragile avec pus et ulcérations allongées - biopsie : pas de lésions caractéristiques.
- lavement baryté : extension des lésions du rectum au colon transverse . Lésions : colon tubulé, raccourci et rétréci avec fusée rectale et images lacunaires.
- artériographie mésentérique inférieure : épaissement du liseré recto-sigmoïdien, retour veineux précoce à la 6ème seconde mais non massif.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative évoluant par poussée depuis 20 ans, npn opérée.

OBSERVATION N° 22TAV..... F. - 52 ans

- diarrhée glaireuse, non sanglante.
- fièvre à 39°, amaigrissement marqué.
- polyarthralgies - érythème noueux - épisclérite.
- rectoscopie : dans la partie basse du rectum, muqueuse blanche et oedémateuse avec exulcérations rares et deux formations polypoïdes ; dans la partie haute fragilité et saignement.
Biopsie : inflammation non spécifique.
- lavement baryté : extension segmentaire atteinte du sigmoïde et du descendant transverse normal, caeco-ascendant lésé.
Lésions : aspect tubulé du recto-sigmoïde, élevures plates des bords, aspect marbré des faces.
- pièce opératoire : colite ulcéreuse subaiguë, rares pseudo-polypes avec atteinte de la dernière anse.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse subaiguë difficile à classer, évoluant depuis 55 mois par poussées (6).

OBSERVATION N° 23BOU..... M. - 56 ans

- diarrhée sanglante et glaireuse depuis 12 mois.
- fièvre à 38° - amaigrissement de 20 kgs.
- rectoscopie : muqueuse granitée, fragile, très saignante et tapissée de mucopus. Rétrécissement infranchissable à 13 cm. biopsie : aspect de C.U.
- lavement baryté : extension de recto-sigmoïde puis colon gauche et transverse partiel - Lésions : disparition des haustrations avec disparition du relief muqueux sans image d'addition ni lacunes.
- pièce opératoire : atteinte de la totalité du cadre avec aspect homogène des lésions : ulcérations muqueuses, fin chevelu de pseudo-polypes, hypervascularisation marquée avec pancolite surtout droite.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative aiguë, évoluant d'une seule tenue depuis 12 mois.

OBSERVATION N° 24MOT..... M. - 68 ans

- diarrhée sanglante et glaireuse (2ème poussée)
- fièvre à 39° avec amaigrissement de 15 kgs - état toxi-infectieux sévère.
- météorisme abdominal.
- rectoscopie : muqueuse oedématisée sans fragilité ni saignement.
- lavement baryté : ectasie considérable du transverse - atteinte de tout le colon - aspect granité des faces.
- pièces opératoire : colectasie segmentaire - ulcérations profondes et aiguës sans perforation, mais creusantes à gauche où elles laissent persister des lambeaux de muqueuse formant des ponts et des pseudo-polypes : hypervascularisation avec discrète péri-colite.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative aiguë à rechute (2)
évoluant depuis 26 mois et compliquée de colectasie.

OBSERVATION N° 25RIG..... H. - 64 ans

- diarrhée sanglante et glaireuse (nombreuses poussées aiguës 1919).
- fièvre, état cachectique avec escarres et oedèmes de carence.
- rectoscopie : muqueuse saignante et purulente avec pseudo-polypes.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre.
Lésions : microcolie avec aspect aérolaire intermarginal.
- anurie mortelle.
- pièce d'autopsie : sur la totalité du cadre paroi rétractée et indurée avec ulcératipns étendues et pseudo-polypes.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative aiguë à rechutes multiples évoluant depuis 42 ans.

OBSERVATION N° 26PAR..... F. - 31 ans

- diarrhée glaireuse et sanguinolente - masse de la fosse iliaque gauche.
- fièvre à 38° et amaigrissement.
- rectoscopie : muqueuse saignante, fragile et purulente.
- lavement baryté : extension à tout le cadre. Lésions : colon tubulé de calibre normal, spicules des bords, pas de lacune (mais série faite 13 mois avant l'intervention).
- pièce opératoire : perforation colique gauche, ulcérations très profondes, foyers suppurés pariétaux, pseudo-polypes en doigt de gant.

CONCLUSION :

Colite ulcéro- proliférative suppurée et perforée évoluant depuis 32 mois (forme à rechute).

OBSERVATION N° 27MOI..... M. - 18 ans

- diarrhée essentiellement purulente (4ème poussée)
- fièvre à 38°, état cachectique avec escarres.
- rectoscopie : muqueuse oedématisée et saignante.
- lavement baryté : extension à la totalité du cadre d'emblée.
Lésions : colon tubulé de calibre et de longueur normaux,
bords déchiquetés avec aspect aérotaire des faces.
- pièce opératoire : atteinte totale du cadre et de la dernière
anse, ulcérations linéaires et irrégulières, élevures
polypoïdes, hypervascularisation marquée.

CONCLUSION :

Colite ulcéro-proliférative aiguë évoluant par poussées
(4) depuis 34 mois.

OBSERVATION N° 28Soeur P.....

- diarrhée sanglante et glaireuse évoluant par poussée depuis 6 ans.
- apyrexie - état général conservé.
- rectoscopie : muqueuse pâle et granuleuse.
- lavement baryté : atteinte de la totalité du cadre colique et de la dernière anse grêle. Micro et brachycolie totale avec espace intermarginal homogène et limité de façon nette. Sténose sigmoïdienne permanente sans dilatation en amont.
- pièce opératoire : atteinte de la totalité du cadre et de la dernière anse, ulcérations rares à gauche, et absentes à droite, muqueuse amincie sans lésions prolifératives, hyper-vascularisation sous-muqueuse avec oedème. Sur le grêle infiltration mononuclée péri-vasculaire avec nodules lymphoïdes, ulcérations superficielles.

CONCLUSION :

Colite ulcéreuse chronique évoluant depuis 5 ans.

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons revu les dossiers de 28 malades atteints de colite ulcéreuse, nous préférons ce terme emprunté aux auteurs américains pour désigner cette maladie, sans étiologie connue et variable dans son expression clinique, radiologique et anatomique.

Les dossiers ont été étudiés essentiellement du point de vue radiologique et anatomique, en essayant de confronter ces deux aspects.

- 1) L'exploration radiologique est un temps essentiel de l'examen d'un malade atteint de colite ulcéreuse.

Le lavement baryté pratiqué avec une technique rigoureuse permet de porter un pronostic en fonction de l'étendue des lésions sur le cadre colique et de leur type. La rectoscopie ne permet pas, en effet, à partir des lésions rectales de préjuger des lésions en amont.

Le lavement baryté permet une étude du tonus et de la motricité colique, de la segmentation haustrale, des modifications de la surface colique, du calibre et de la longueur du colon.

- 2) L'étude anatomique confirme que la lésion habituelle caractéristique reste l'ulcération pariétale, d'allure aiguë ou subaiguë, tendant à la cicatrisation conjonctivo-vasculaire.

Cette lésion de base peut être isolée ou prédominante, elle s'associe souvent à d'autres anomalies, réalisant :

- a) des formes aiguës ulcéreuses : la congestion et l'hémorragie sont au maximum. La muqueuse est ulcérée de façon diffuse, abrasée.
- b) des formes ulcéro-prolifératives : les ulcérations aiguës ou subaiguës s'associent à des pseudo-polypes constitués par

des lambeaux de muqueuse turgescents, oedématisés (pseudo-polypes) ou par un tissu de granulation (pseudo-polype inflammatoire, granulomateux), ou par l'association de tissu muqueux et inflammatoire (pseudo-polypes mixtes).

Au cours de certaines formes intermédiaires, difficiles à classer histologiquement, se retrouvent des ulcérations, des lésions prolifératives, des nodules d'aspect tuberculoïde, une scléro-lipomatose péri-colique. On observe ainsi tous les intermédiaires entre colite ulcéreuse typique et colite granulomateuse proche de la maladie de Crohn.

La dilatation aiguë, toxique du colon n'a pas de support anatomique particulier, ce syndrome clinique et radiologique peut survenir au cours d'une colite ulcéreuse aiguë ou d'une colite ulcéro-proliférative.

- 3) Une tentative de confrontation radiologique et anatomique ne nous permet que des conclusions fragmentaires :

Certains aspects radiologiques (troubles du tonus et de la motricité, modification de la segmentation haustrale, aspect gommé des bords et moucheté des faces) traduisent la congestion, l'oedème, l'hypermucorrhée habituelles au cours de la colite ulcéreuse, mais non spécifiques. L'aspect de double contour en addition correspond à des lambeaux muqueux décollés ; les images lacunaires arrondies et multiples semblent le fait de pseudo-polypes granulomateux, la micro et brachycolie d'une scléro-lipomatose péri-colique, les rétrécissements organiques sont le fait d'une péri-colite localisée.

Ainsi, le lavement baryté permet de mettre en évidence des lésions irréversibles (rétrécissements, sclérose péri-colique, polypes granulomateux).

L'association d'ulcérations multiples respectant des lambeaux de muqueuse réalise radiologiquement des aspects complexes d'interprétation hasardeuse.

Les ulcérations retrouvées à l'examen des pièces opératoires s'avèrent plus profondes et plus étendues, que l'examen radiologique le faisait penser.

Vu, le Président de Thèse,
Professeur M. CONTE,

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET,

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE,

- B I B L I O G R A P H I E -

=====

ANTON (H.G.) et PALMER (J.H.) -

L'aspect glissé du colon, son importance dans la recto-colite ulcéro-hémorragique.

Brit. J. Radiol., nov.1962, 35, n°1419, p. 762-768.

ARNOUS (J.), PARNAUD (E.), FENEON (J.) -

Archives des Maladies de l'Appareil digestif,
1961, 50, p.155.

BANFI (A.) et SAMADEN (R.) -

Contribution à l'étude de l'image radiologique de la colite ulcéreuse cryptogénique.

Radiologia med., mars 1960, 46, n°3, p. 289-298.

BARGEN (J.A.), SAVER (W.G.), SLOAN (W.P.) et GAGE (R.R.) -

The development of cancer in chronic ulcerative colitis.
Gastro-enterology 26, 32, 1954.

BOCKUS, ROTH, BUCHMAN, MAISER -

In Modern Trends of gastro-enterology
2nd series - p. 296.

BOISSON (J.), HERNANDEZ (C.) et PARTURIER-ALBOT (M.) -

L'artériographie mésentérique dans la recto-colite ulcéro-hémorragique (incidences pratiques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques à propos de 20 cas).

Arch.franç. Mal.App.Dig. janv.-fév.1966, 55,n°1-2,
p. 63-76.

BRASSINE (A.) et RUYTERS (L.) -

La recto-colite ulcéro-hémorragique - étude de 70 observations.

Acta gastro-enterologica - belgica 25, 1962, 286.

BROOKS (B.M.) -

What is ulcerative colitis ?
Lancet, 1, 1953, p. 1220.

BROOKS (B.M.) -

Ulcerative colitis and its surgical treatment.
The Willains and Wilkins Co., Baltimore, 1954.

BUSSON (A.) et HERNANDEZ (C.) -

L'artériographie sélective mésentérique dans la recto-colite hémorragique et la colite ulcéreuse d'emplée - résultats - réductions cliniques et pathogéniques.

Arch. Mal. App. Dig. Mai 1965, 54, n° 5, p. 441-456.

BUSSON (A.), DELARUE (J.) et Le QUINTREC (Y.) -

Recto-colite mico-hémorragique à forme étagée.

Arch. Mal. App. Digest. 1954, 43, p. 1154.

BUSSON (A.), DELARUE (J.) -

Histopathologie de la colite ulcéreuse.

(congrès international de gastro-entérologie Londres 1959)

Gastro-enterologia 86, 5, 1956.

CACHIN (M.), PERGOLA (F.) et SAFAVIAN (A.) -

Les recto-colites ulcéro-hémorragiques gravissimes avec colectasie.

Bul. et Mem. Soc. Med. Hôp. Paris 1965 - 116 n° 2, p. 127-136.

CATTAN (D.) -

Entérite régionale (maladie de Crohn). Aspects cliniques et métaboliques.

Thèse Paris 1964.

CATTAN (R.), BUCAILLE (M.), CARASSO (R.) -

La recto-colite hémorragique et purulente.

CHANOINE (F.) -

Végétations digitiformes coliques chez un patient atteint de maladie de Crohn.

Acta. G. Ent. Belgica 27, déc. 64, p. 691-704.

COOKE (W.T.) -

Inflammatory deasease of the large and small intestine.

Amer. J. - Dig. deasease, 1959, 4, 5, p. 327-340.

COUNSELL -

Lésions de l'iléon associées à la colite ulcéreuse.

Brit. Journ. Of Surg. 44, n° 185, nov. 1956, p. 276-290.

CROHN (B.B.), CARLOCK (J.H.) et YARNIS (H.) -

Right sided (regional) colitis.

J.A.M.A. 1947, 134, p. 334-338.

DAGENLIE (J.) -

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

Acta clin. Belg. août-sept. 1961, 24, n° 8-9,
p. 467-469.

DEBRAY (Ch.), LAUMONIER (R.), HARDOUIN (J.P.), MARTINE (E.),
PETTE (F.) et RONGINE (J.C.) -

A propos de 165 biopsies - valeur de la biopsie dans les recto-colites inflammatoires et hémorragiques.

Sem. Hop. Paris, 1956, 32, p. 3601-3607.

DICK, BERRINGE, GRAYSON -

Brit. Journ. Of Radiol., 1959, 32, p. 432.

DUKES et LIOCKHART - MUMMERY -

Données pratiques sur la pathologie et le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.

Brit. Journ. of Surg. 45, n° 189, juillet 1957,
p. 25-36.

EDLING (N.PG) et EKLOF (O.) -

Etude radiologique de l'évolution de la colite ulcéreuse.

Acta. Radiol. nov. 1960, 54, n° 5, p. 397-409.

EDLING (N.PG) et EKLOF (O.) -

Les tissus mous rétro-rectaux dans la recto-colite ulcéro-hémorragique - Etude radio-diagnostique.

Radiology, june 1963, 80, n° 6, 949 - 953 c.

FLORENT (R.) et GOUYGOU (Ch.) -

L'association maladie de Crohn, colite ulcéreuse.

Arch. Mal. App. Digest. 1959, 48, p. 323-334.

GALLART-MONES (F.) -

Pathological anatomy of severe ulcerative colites.

(Proceeding of the international Congress on Gastro-Enterology - London 1956).

Gastroentérologia 86, 5, 1956.

GOUGIS (H.) -

L'intestin grêle dans la recto-colite hémorragique ; contribution à l'étude anatomique et radiologique.

Thèse Paris 1957. Dact.

HILLEMAND (P.), CONTE (Mme H.), BENSAUDE (A.) et ROUX (P.) -

La recto-colite hémorragique. Etude analytique des lésions.

Sem. Hôp. de Paris. Nov. 1961, 37, n° 66, p. 3248.

JOSE MARTINS JOB (M.D.) -

The retro-rectal space in chronic ulcerative colites.

Gastro-Enterology n° 36, 1, January 1959.

JOURDE (L.A.), BOUSKELA (P.), CONTE (M.) et LIGUORY (C.) -

Contribution à l'étude radiologique des recto-colites hémorragiques.

Bull. et Mem., Soc. Med. Hôp. Paris, 1965, 116, n° 12, p. 233-240.

JOURDE (L.A.), BOUSKELA (P.) -

Les problèmes radiographiques des recto-colites hémorragiques.

Vie Med., Mai 1966, 47, p. 727-751.

KINSEY (I.), HORNNES (M.), ANTHONISEN (P.) et RICKS (P.) -

Diagnostic radiologique de la proctocolite hémorragique non spécifique.

(Rectite hémorragique et colite ulcéreuse).

Acta Med. Scand. Août 1964, 176, n° 12, p. 181-186.

LAMBLING (A.), BERNIER (J.J.), GOUGIS (H.) et RICHIR (Cl.) -
Lésions de l'iléon au cours de la recto-colite hémorragique.

Arch. Mala. App. Digest., 1962, 51, p. 1297-1324.

LAMBLING (A.) et POTET (Fr.) -

Situation nosologique et expression anatomique de la recto-colite hémorragique.

Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp. Paris 1965, 116, n° 12, p. 113-126.

LA VAYSSIÈRE de LAVERGNE (G.) -

Les iléo-colites. A propos de 6 observations.

Thèse Paris 1963.

L'HERMINE (C.), GERARD (A.) et ANDRE (J.M.) -

Etude anatomo-radiologique de 6 observations de colites segmentaires.

Arch. Mal. App. Digest., Oct. 1966, 55, n° 10, p. 929-930.

LOCKHART - MUMMERY, MORSON (B.C.) -

Crohn's disease of the large intestine.

Gut 5 (6), Déc. 64, p. 493-509.

LOYGUE (J.), FLORENT (R.) et GOT (B.) -

Lésions de l'intestin grêle et recto-colite hémorragique.

Arch. Mala. App. Digest. 1959, 48 (4), p. 308-322.

LOYGUE (J.) et GOT (B.) -

La dilatation du colon, symptôme inhabituel de la recto-colite hémorragique.

Arch. Mal. App. Digest. 1961, 50, 2, 162.

LOYGUE (J.), de la VAYSSIÈRE (G.) et FABRE (Mme M.) -

Iléo-colites, localisation étendue de la maladie de Crohn.

Arch. Mal. App. Digest. 1964, 53 (1-2), p. 5-25.

LUMB (G.) et PROTHEORE (R.H.B.) -

Biopsy of the rectum in ulcerative colites.

Lancet, 2, 1208, 1955.

LUMB (G.) et PROTHEORE (R.H.B.) -

The early lesions in ulcerative colites.

Gastro-enterology 33, 457, 1957.

LUMB (G.) et PROTHEORE (R.H.B.) -

Ulcerative colites. Apathology study of 152 Surgical specimen.

Gastro-enterology 34, n° 3,,Mars 1958.

Mc. CONNEL (F.), HANELIN (J.) et ROBBINS (L.L.) -

Le diagnostic au moyen de radio sans préparation de la colite ulcéreuse foudroyante.

Radiology, Nov. 1958, 71, n° 5, p. 674-682.

MARSHAK (R.H.), KORELITZ (B.I.), KLEIN (SH.), WOLF (BS.) et JANOWITZ (HD.) -

Toxic dilatation of the colon in the course of ulcerative colites.

Gastro-enterology 1960, 38, 165.

MARSHAK (R.H.) et ELIASOPH (J.) -

The problem of ileo-colites.

Amer. J. Digest. 1958, 3 (3), 181-203.

MARSHAK (R.H.) et LINDER (AE.) -

Recto-colite ulcéreuse et granulomateuse.

J. Mount. Sem. Hôp., Nov-Déc. 1966, 33, n° 6, p. 444-502.

MARTIN (E.), LAUONIER (R.), MARCHÉ (Gmc C.) et DEBRAY (Ch.) -

Constatations histologiques faites sur 1.100 biopsies rectales, dont 130 au cours de recto-colite ulcéro-hémorragique.

Arch. Mal. App. Digest. 53, 10 bis, Oct. 1964, p. 86-92.

MELERO-CALLEJA (E.), VILLAGRAN (A.) et VIESCA (P.) -

Complications rectales de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

Arch. Mal. App. Digest., Oct. 1964, 53, n° 10 bis,
p. 79-83.

ODMAN (P.) -

Percutaneous selective angiography of superior mesenteric artery.

Acta radiologica 1959, 51, 25 - 32.

PARTURIER-ALBOT (H.), LUNEL (J.), BOISSON (J.) et ALBOT (G) -

A propos de deux cas de colite ulcéreuse sans localisation rectale.

Etude anatomo-pathologique et discussion nosographique.

Arch. Fr. Mal. App. Digest., Déc. 1966, 55, n° 12,
p. 1179.

POTET (F.), SOULLARD (J.) et LAMBLING (A.) -

Etude anatomo-pathologique des rectites hémorragiques et du rectum dans la recto-colite hémorragique.

Arch. Mal. App. Digest., 1964, 53, 39 - 61.

RACHET (J.), DELARUE (J.) et BUSSON (A.) -

La subtraction anatomo-pathologique de la recto-colite hémorragique.

La Presse Médicale, 1942, n° 47, p. 663-664.

RICHIR (C.), CHAMOINE (F.), BERNIER (J.J.) et LAMBLING (A.) -

Etude macroscopique et microscopique de 9 cas de recto-colite hémorragique.

Sem. Hôp. Paris, 32, 949, 1956.

RICHIR (C.), DELARUE (J.) et LAMBLING (A.) -

Etude de la vascularisation colique dans la recto-colite hémorragique.

Arch. Mal. App. Digest., 1960, 49, p. 177-188.

RICHIR (C.) et LAMBLING (A.) -

Les accidents du relief muqueux colique au cours de la recto-colite hémorragique (colite ulcéreuse).

Arch. Mal. App. Digest. Sept. 1961, 50, n° 19, p. 885-904.

SAMPSON et BROOKE -

Lancet 1959, 2, 694.

SIMON (M.), SCHAPIRO (J.H.), PARKER (J.C.), SCHEIN et WEINGARTEN (B.) -

Le diagnostic et le traitement de la dilatation du colon dans la colite ulcéreuse grave. Un signe de diagnostic radiologique.

Am. J. Roentgenol, Avril 1962, 87, n° 14, p. 655-689.

SIMPSON (SA.) et LEWIN (JR.) -

Radiographie standard dans le diagnostic de la colite chronique ulcéreuse et de l'iléite régionale.

Am. J. Roentgenol, Août 1960, 84, n° 12, p. 306-315.

SOULLARD (J.), LAMBLING (A.), POTET (F.) et BOGNET (J.C.) -

Le rectum dans la recto-colite hémorragique.

Arch. Mal. App. Dig. 53, n° 10 bis, 1964, p. 23-37.

VANDENBORD (F.), DUBOIS (R.) et REMY (J.) -

La radiologie dans les recto-colites.

J. Radiol., Electro. et Med. Nucléaire, Oct. 1964, 45, n° 10, p. 610-613.

VARAY (A.), PERIER (E.) et NEZELOFF (Cl.) -

Formes fulminantes et aiguës de la recto-colite hémorragique. Attitude thérapeutique.

Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 116, 1965, n° 12, p. 241-243.

VIGUIE (R.), ROBERT (A.), AURIOL (H.), VESIN (P.) et SEE (E.) -

Colite ulcéreuse aiguë. Etude clinique, radiologique et anatomo-pathologique de trois observations.

Sem. Hôp. Paris, 26 Avr. 1965, 41, n° 29, p. 1199-1206.

VIRTAMA (P.) -

Pariétographie rectale dans la recto-colite hémorragique.

Acta Radiol., Mai 1966, 4, n° 13, p. 344-348.

WALKER (FC.), CURTIS (GT.) -

Irreversible changes of ulcerative colites.

British Medical Journal 1, (5432) - 13/2/65, p.414-416.

WELLIN (S.) et BRAHME (F.) -

La méthode de double contraste dans la colite ulcéreuse.

Acta Radiol., Avr. 1961, 55, n° 14, p. 257-271.

WOLF (BJ) et MARSHAK (RH.) -

Dilatation segmentaire toxique du colon au cours d'une colite ulcéreuse foudroyante. Observation radiographique.

Am. J. Roentgenol, Déc. 1959, 82, n° 6, p. 985-995.

" " "

